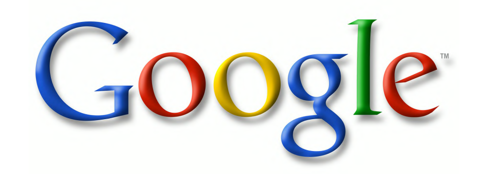
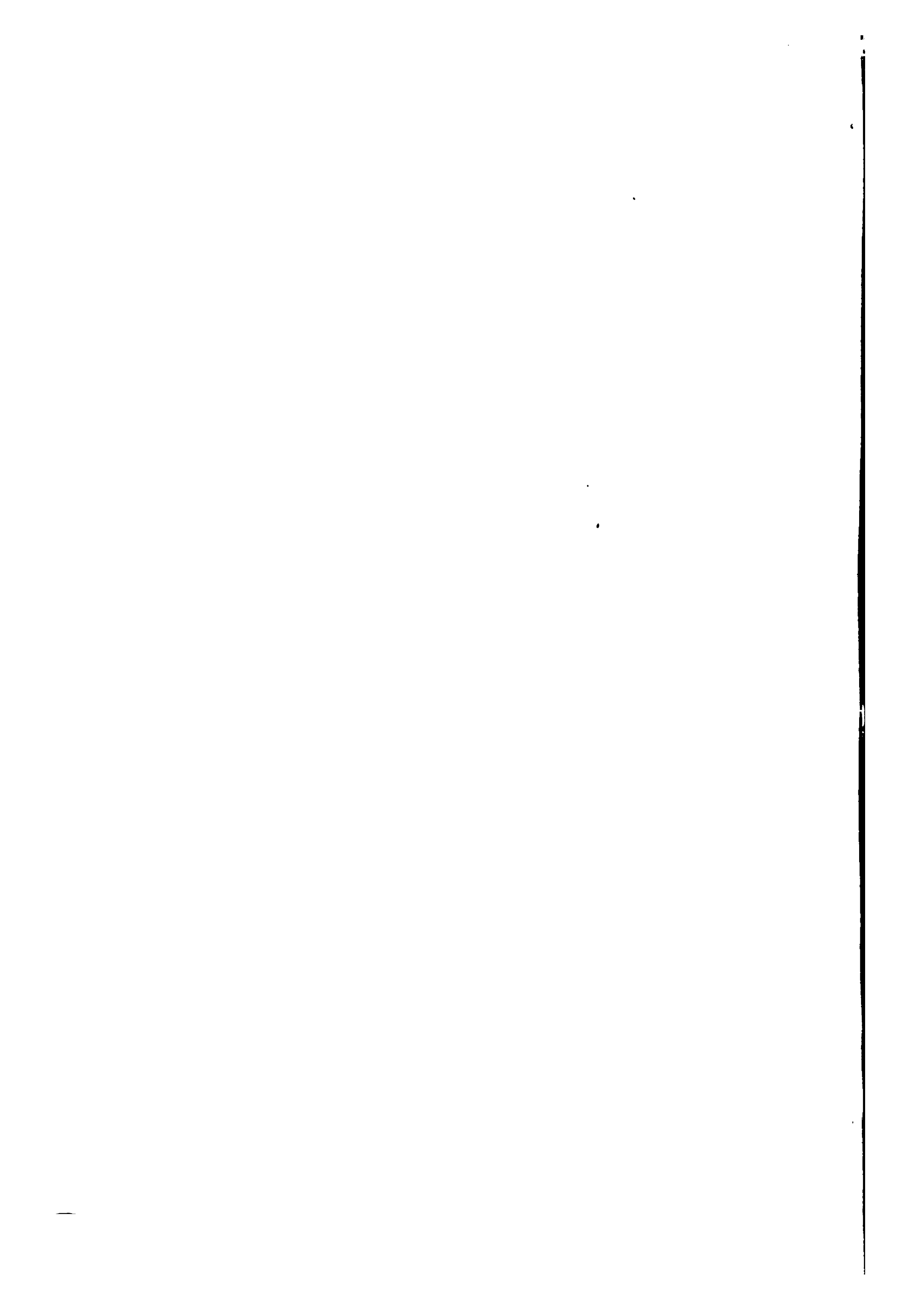




Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. von Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.
1877.

Originalmittheilungen.

Namenregister.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Sachregister.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. Dr. M. Schede, in Berlin. Dr. H. Tillmanns in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. **Sonnabend, den 6. Januar.** **1877.**

v. Sigmund. Ueber neuere Behandlungsweisen der Syphilis.

Wiener Klinik 1876. II. Jahrg. Hft. 10, herausgegeben von Dr. **Schnitzler.**
(Vergl. auch Wiener med. Wochenschrift No. 5, 8 u. 17. ref. im Centralblatt für Chirurgie 1876. p. 743.)

Für die Therapie der Syphilis sind in dem ablaufenden Jahrzehnt (1867—1876) als neue Mittel versucht worden: die Carbol- und die Salicylsäure; das Jodoform und das oleinsaure Quecksilberoxyd. Als neue Gebrauchsweisen älterer Mittel wurden angewendet: die Suppositorien von grauer Salbe, die Sublimat-Natrium-Chlorverbindung und das Eisen-Quecksilberoxydul innerlich, die Inhalation von Sublimat; mehrere Quecksilberpräparate zu subcutanen Injectionen und endlich die Verbindung der Einreibungscur mit grauer Salbe, mit gleichzeitiger Balneotherapie.

Carbolsäure dient in 1 % Lösung als Reinigungsmittel für Wunden und Geschwüre, sowie für Einspritzungen in die Scheide, den Mastdarm, in die Mund-, die Rachen- und besonders die Nasenhöhle (Ozaena). Als

Verbandmittel wird es in Lösung von 1 Th. Carbolsäure zu 20—30 Wasser benutzt. Das Carbolöl und die Carbolpasta eignen sich für oberflächliche Aetzungen diphtheritischer Wunden und Geschwüre. Salicylsäure und Thymol werden wie die Carbolsäure verwendet, haben jedoch keine besonderen Vortheile vor letzterer. Von der innerlichen Anwendung des Jodoform hat S. keine besonderen Erfolge gesehen; äusserlich empfiehlt es sich, wo der Geruch nicht ins Gewicht fällt, wegen seiner sehr geringen Schmerzhaftigkeit. Das oleinsaure Quecksilberoxyd verdient nur für einfachere und leichtere Fälle Berücksichtigung.

Sehr bequem ist die Anwendung von Suppositorien aus Ung. ciner., ruft jedoch starke Symptome von Hydrargyrose hervor, namentlich solche des Verdauungstractus, so dass kaum $^1/_5$ der Kranken von S. die planmässige Cur durchmachen konnten.

Sublimat-Chlornatrium-Verbindung des Quecksilbers (0,1 Sublimat, 2,0 Chlornatrium : 200,0 Aq.) empfiehlt sich zur innerlichen Verabreichung nur für mildere Formen und empfindlichere Organismen. Die äusserliche Anwendung des Sublimat ist vortheilhaft bei Psoriasis palmaris und plantaris und übertrifft zu Aetzungen von Papeln, Schrunden, Erosionen (namentl. der Mund- und Rachenschleimhaut, der Zunge und Lippen) das herkömmliche Silbernitrat. Das Eisenquecksilberoxydul bietet keinerlei Nutzen.

Als Lokalmittel bei Pharynx- und Larynxerkrankungen besitzt die Inhalation von Sublimat Heilwerth.

Subcutane Injectionen sind von S. vorgenommen worden: mit Sublimat (0,3 : 40,0; empfehlenswerth ist ein Zusatz von 6,0 Chlornatrium zur Lösung), mit dem Bicyanuretum des Quecksilbers (0,3 : 40,0) und mit Calomel (0,05—0,2 : 1,0). Calomel in grösseren Dosen (0,2) führt leicht zu Abscessen, während Bicyanuret eine kaum erwähnenswerthe Reaction der Injectionsstelle hervorruft. Als solche Stellen eignen sich die seitlichen Brust- und die Rückenpartien von der Achselgrube bis zur Hüftgegend. Die Einspritzungen von Sublimat und Bicyanuret macht man täglich, die von Calomel in grösseren Dosen wöchentlich, in kleineren alle 2—3 Tage. Die Zahl der Sublimat- und Bicyanureteinspritzungen ging nicht über 28, jene des Calomel nicht über 4 (0,20—0,15) bis 8 (0,10—0,05). Die Ernährung leidet unter Anwendung der drei genannten Mittel nicht, Stomatitis und Salivation treten in mässigem Grade auf; eine Ausnahme hiervon macht Calomel. (Auf der Würzburger syphilitischen Klinik von Hofrath von Rienecker bestätigte sich letzteres nicht, da bei den subcutanen Calomelinjectionen nur in wenigen Fällen Stomatitis überhaupt eintrat. Ref.) Auf den Syphilisprocess wirken die drei Mittel (am raschesten und nachhaltigsten das Calomel) günstig, doch sichern sie ebensowenig wie andere Methoden der Quecksilbereinverleibung gegen Recidive. Die wenigen Versuche bei schweren Syphilisformen, gummösen Processen und visceraler Syphilis haben S. nicht befriedigt (Ref. sah günstige Erfolge des Calomel subcutan bei Periostitiden). Stets ist die Localtherapie neben den Injectionen zu berücksichtigen. Bei

Schwangeren und Kindern wendet S. die subcutanen Injectionen nicht an und empfiehlt sie überhaupt nur für die leichteren und einfacheren Formen der zweiten Periode des Syphilisprocesses, wobei er besonders hervorhebt, dass Injectionen einen ungemein milden Eingriff darstellen. Verf. wendet sich in schwierigen Fällen noch immer mit grösserer Zuverlässigkeit den älteren Methoden zu.

S. bespricht weiter die Verbindung der Syphilisbehandlung mit der Balneotherapie (Kaltwassercur und Mineralbäder), die er ganz besonders lobt und als dazu geeignete und wohleingerichtete Curorte Baden bei Wien, Hall bei Linz, Aachen und Kreuznach nennt. Für solche Verbindung empfiehlt sich unter allen Behandlungsweisen die Injectionscur am meisten und findet Anzeige bei Combinationen der Syphilis mit Scrophulose und Tuberculose, mit Rheumatismus und Gicht, mit Malariasiechthum und Scorbut, nach Missbrauch von Quecksilber- und Jodpräparaten, bei ungünstigen Wohnungs- und Lebensverhältnissen (auch Jahreszeit und Klima). Kaltwassercuren fördern die Abhärtung von Kranken mit empfindlichem Hautorgan und Anlagen zu Rachen- und Mundschleimhautkatarrhen, während jod- und bromhaltige Soolen für hereditäre Syphilitische von grossem Nutzen sind.

S. erwähnt ferner als bedeutsame Entdeckung **Ludwig's** Methode des Quecksilbernachweises in den Ab- und Aussonderungen des damit behandelten Organismus und schliesst seine Abhandlung mit folgenden Puncten, die er als auffallende Fortschritte der Syphilistherapie im abgelaufenen Jahrzehnt bezeichnet. Diese sind: 1) Die Feststellung des Zeitpunctes, in welchem die methodische allgemeine Behandlung der Syphilis zu beginnen hat;

2) die genaue Normirung der Behandlung syphilitischer Schwangerer und Kinder;

3) die erfolgreiche Behandlung der gummösen, insbesondere auch der visceralen und der Nervensyphilis (S. sah bei solchen Affectionen günstige Erfolge vom Quecksilber, während sonst vorzugsweise die Jodpräparate für sog. tertiäre Syphilis angewendet werden);

4) die zweckmässige Diätetik und Hygiene bei Syphilitischen;

5) die lebhaftere Beschäftigung mit der Prophylaxis gegen Syphilis;

6) die Anbahnung einer gründlicheren Statistik derselben;

7) endlich die Hebung des klinischen Unterrichtes und die Vermehrung der wissenschaftlichen und literarischen Arbeiten auf diesem Gebiete.

Kölliker (Würzburg).

A. Ewald und **W. Kühne.** Die Verdauung als histologische Methode.

(Verhandlungen des naturhistor.-med. Vereins zu Heidelberg Bd. 1. Hft. 5.) Heidelberg, **C. Winter's** Universitätsbuchhandlung.

Ausgehend von der Unverdaulichkeit der Bindegewebsfibrillen in Trypsin haben die Verf. Versuche gemacht, die pancreatische Verdauung als Mittel zur Isolirung des im Thierkörper so weit verbrei-

teten und zum Theil noch so wenig bekannten leimgebenden Gewebes in seiner natürlichen Anordnung zu verwenden. Das Trypsin wirkt ähnlich, wie das Pepsin. Letzteres verdaut in saurer Lösung alle echten Eiweissstoffe, das Collagen, die elastische Substanz, nicht das Mucin, das Nuclein, die verhornte Substanz und das Amyloid; das Trypsin kann wegen der Verwendbarkeit bei neutraler und alkalischer Reaction Mucin auflösen; es theilt mit dem Pepsin das Lösungsvermögen für die elastische Substanz, das Unvermögen Nuclein, Horn und Amyloid anzugreifen. Collagen wird von Trypsin nur gelöst, wenn es zuvor durch Säuren gequellt oder durch Wasser von 70°C. zum Schrumpfen gebracht worden ist. Aus den Erfahrungen, welche die Verf. mit der Trypsinverdauung bezüglich der Sehnen, des alveolären und reticulären Bindegewebes, der Cornea, des Knorpels, der Leber, der Muskeln etc. gemacht haben, geht hervor, dass die Trypsin-Verdauung ein Mittel ist, um aus jedem thierischen Gewebe collagene Fibrillen und Netze, Hornsubstanz und Kerne zu isoliren. Da die letzteren meist mechanisch zu entfernen sind, können sie die Reinheit der Analyse kaum stören. Durch Ausziehen der Gewebsreste mit sehr verdünnter Natronlauge können sie vollständig gelöst werden; auch bei mehrstündiger Einwirkung der letzteren wird das Bindegewebe nicht verändert. Das Collagen ist schliesslich durch Neutralisiren und Auswaschen zu reinigen.

An gesäuerten oder gekochten Objecten erhält man mit dem Trypsin dieselben Resultate, wie mit dem Pepsin.

Tillmanns (Leipzig).

Dieselben. Ueber einen neuen Bestandtheil des Nervensystems.

(Ibidem.)

Wie das Horngewebe, so widersteht der Trypsinverdauung, nach den Untersuchungen der Verf., eigenthümlicher Weise auch das doch so weiche nervöse Gewebe, d. h. die markhaltigen Nervenfasern, die graue Substanz des Rückenmarks und Gehirns, sowie die Retina.

Aus den bezüglichen Untersuchungen von E. und K. geht zunächst hervor, dass die Schwann'sche Scheide zum Bindegewebe gehört, sie ist ein Endothelialrohr, welches seine Zellen dem Nerven zuwendet, wie die Zellen der Blutgefässe dem Blute, die des Bindegewebes zur Lymphe gerichtet sind. Sind die Nervenfasern der Schwann'schen Scheide beraubt, so treten die fliessenden Bestandtheile des Markes nicht überall seitlich aus, was doch geschehen müsste, wenn keine anderen Scheiden vorhanden wären; kein Verdauungsprocess ist im Stande, sie der noch vorhandenen schützenden Hülle zu berauben. Die von den Verf. gefundenen bisher übersehenen Scheiden, welche an allen markhaltigen Nerven vorkommen, bezeichnen sie als die Hornscheiden. Nach Entfernung des Markes mit kochendem Alkohol und Aether zeigte sich an Querschnitten peri-

pherer Nerven und der weissen Substanz des Rückenmarkes, dass die Nervenfaser aus 2 nun leeren, in einander gesteckten Röhren besteht, aus der äusseren und inneren Hornscheide; zwischen beiden sind die mehr oder minder starken zum Theil verästelten Brücken des Horngerüstes ausgespannt.

In marklosen Nervenfasern (Retina, Olfactorius) haben die Verf. keine Hornscheiden gefunden, diese Nerven wurden vom Magensaft und vom Trypsin vollständig gelöst. Somit sind die Hornscheiden als Hüllen, Stützen und Unterlagen für die weiche Markmasse aufzufassen. Das Bindegewebe der grauen Substanz ist kein Bindegewebe, sondern epithelialer Natur und offenbar aus dem Hornblatte mit den Nerven entstanden.

Auch die als Bindegewebe angesprochenen Bestandtheile der Retina sind nicht leimgebend (Schwalbe), auch hier muss noch eine andere Substanz vorkommen.

Bei der Verdauung der grauen Substanz des Gehirns und Rückenmarks bleibt ein feiner Filz von Fasern (Hornspongiosa) übrig, welche auch zwischen den Fasern der weissen Substanz vorhanden sind.

Bezüglich der sonstigen zahlreichen interessanten Details muss auf das Original verwiesen werden. **Tillmanns** (Leipzig).

Agélastos. Deux cas de guérison du tétanos par l'emploi de l'hydrate de chlorale.

(Gaz. méd. de Paris 1876. No. 45.)

A. berichtet über zwei Fälle von Tetanus (durch Erkältung und spontan entstanden), die er erfolgreich mit Chloralhydrat behandelt hat. In dem ersten Fall wurden in toto 89 Drachmen (333,75 Grm. vom 29. September — 28. November 1875) des Mittels verabreicht. A. möchte Chloralhydrat prophylaktisch für solche Schwerverletzte empfehlen, bei denen Tetanus zu befürchten ist.

Kölliker (Würzburg).

R. Black. Compound fractures treated antiseptically in the Greenock Infirmary during the course of twelve months.

(Edinb. med. Journal 1876. Vol. II. p. 396.)

Die ausführlich wiedergegebenen Fälle betreffen sämmtliche innerhalb Jahresfrist behandelte complicirte Fracturen:

1) 35j. Weib mit complicirter Fractur der Patella, Luxation der Tibia im Kniegelenke nach hinten und Doppelbruch des rechten Oberschenkels. Entfernung der festsitzenden Patellarreste. Behandlungsdauer 45 Tage.

2) 17j. Weib. Complicirte Fractur des linken Unterschenkels, Nekrose der Tibia auf 1 Zoll Länge. Behandlungsdauer 72 Tage.

3) 61j. Mann. Complicirte Fractur des unteren Radius-Endes. Behandlungsdauer 61 Tage. Nur 4 Verbände.

4) 40j. Mann. Complicirte Fractur des rechten Unterschenkels. Behandlungsdauer 48—49 Tage.

5) 50j. Mann. Complicirte Fractur des linken Unterschenkels. Tibia bis zu 2 Zoll von Periost entblösst, stach durch die Hautwunde hindurch. Abtragung mit Knochenscheere eines Stückes vom unteren Fragment und Entfernung einzelner loser Knochenstücke. Fieber und Abscessbildung. Behandlungsdauer 82—83 Tage.

6) 20j. Mann. Complicirte Fractur des linken Unterschenkels. Wenige Verbände. Behandlungsdauer 93—94 Tage.

7) 44j. Mann. Complicirte Fractur des rechten Unterschenkels, geringe Nekrose, seltene Verbände. Behandlungsdauer 72 Tage.

8) 45j. Mann. Complicirte Fractur des linken Oberarms mit schwerer Quetschung und Blutung. Behandlungsdauer 59 Tage.

Pilz (Stettin).

Czerny. Ein Beitrag zur antiseptischen Wundbehandlung. Die Freiburger chirurg. Klinik im Sommersemester 1876.

(Berliner klin. Wochenschrift 1876. No. 43 u. 44.)

Unter 14 Resectionen lagen 3 des Hüftgelenkes vor. Ausser 3 Amputationen in der Klinik führte C. 3 Amputationen in der Privatpraxis aus, 2 des Unterschenkels wegen Caries bei einer 40jähr. Frau und einem 69jähr. Manne, und eine des Oberschenkels wegen Tumor albus bei einer 63jähr. Frau. Dabei ist zu bemerken, dass bei dem ersten Falle unter Carbolcompressenbehandlung eine Fistel blieb, während die anderen Patienten bei streng Lister'schem Verbande in 3 und 5 Wochen völlig geheilt waren. Fälle von Caries wurden mehrfach durch Auskratzen mit dem scharfen Löffel behandelt, auch fungöse Sehnenscheidenentzündungen ausgeschabt und geätzt. — Unter den Todesfällen ist derjenige eines Mannes hervorzuheben, dem ein Oberschenkelsequester entfernt wurde. Er bekam ein Erysipel, complicirt mit diphtheritischer Angina und acuter Nephritis. (Es herrschte zu dieser Zeit gerade eine Epidemie von Scharlach und Diphtheritis in Freiburg und wurden gleichzeitig mehrere derartige Fälle auf der Abtheilung für innere Krankheiten behandelt.) Es kam nur noch ein Erysipel, aber sonst keine andere accidentelle Wundkrankheit vor. — Bemerkungen über die Erscheinungen der Regeneration und Entzündung verletzter Gewebe, sowie über die antiseptische Behandlung im Allgemeinen bilden den Schluss des Aufsatzes.

v. Mosengeil (Bonn).

Moldenhauer. Die erste Anlage des Mittelohrs und des Trommelfells.

(Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1876. No. 40.)

Untersuchungen am Hühnchen haben dem Verf. gezeigt, dass die Anlage des äusseren Gehörganges und des Trommelfells mit der ersten Kiemenspalte Nichts zu thun hat. Die letztere obliterire vollständig, das Trommelfell sei als Fortsetzung der Gesichtswand zu betrachten — der es auch späterhin parallel liege — während der Gehörgang durch faltenförmige Erhebung der Haut sich bilde. Ebenso entstände das Mittelohr nebst Tuba nur dadurch, dass an der Innenfläche des ersten Bogens sich ein Wulst erhebe — Colliculus palatinus — der gegen die Vorderdarmhöhle vorwachse und mit der hinteren Wand desselben eine Rinne bilde; das sei die erste Anlage der Tubenpaukenhöhle, die allerdings in der Gegend der ersten Kiemenspalte gelegen sei, mit derselben aber in keiner näheren Beziehung stehe, namentlich nicht als unverschlossene innere Mündung der letzteren aufzufassen sei. **A. Bidder** (Mannheim).

Moldenhauer. Das Verhalten der Paukenhöhle beim Fötus und Neugebornen und die Verwendbarkeit der Ohrenprobe für die gerichtliche Medicin.

(Archiv der Heilkunde Jahrgang XVII. Hft. 6.)

Verf. hat die Wendt'schen Untersuchungen über obigen Gegenstand geprüft und kommt auf Grundlage seiner Studien am Fötus zu theilweise anderen Ansichten, welche er in folgender Weise zusammenfasst:

»1) Die Paukenhöhle erhält gleich bei ihrer Anlage einen Ueberzug von Epithel; in der ersten Hälfte der Schwangerschaft erscheint sie zwar mit Gallertgewebe vollständig gefüllt, doch lässt sich mikroskopisch in der Nähe des Trommelfells eine mit Epithel ausgekleidete Höhle nachweisen.

2) Dieses Gallertgewebe wandelt sich in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft allmälig zu einem lockeren Bindegewebe um, dessen freie Schleimhautflächen durch die bestehende starke physiologische Schwellung und Hyperämie dicht aneinanderliegen, so dass man von einem freien Lumen der Paukenhöhle nicht reden kann.

3) Die Bildung eines Lumens findet nach der Geburt dadurch statt, dass nach Eintreten der Athmung das in der Pauke gestaute Blut abfliesst und die äussere Luft unter Begünstigung der Respiration den frei gewordenen Platz einnimmt.

4) Das Abschwellen der Schleimhaut erfolgt für gewöhnlich ziemlich schnell, doch kann unter Umständen der embryonale Zustand der Paukenschleimhaut noch mehrere Tage während des extrauterinen Lebens fortbestehen.

5) Verhältnissmässig selten sind schon intrauterin die Bedingun-

gen für das Abschwellen der Schleimhaut erfüllt und können dann Fruchtwasserbestandtheile im Mittelohr gefunden werden.

Für die gerichtliche Medicin ist besonders der Umstand von Wichtigkeit, dass das Vorhandensein eines völlig intacten Schleimhautpolsters nicht in jedem Falle eine intra- oder extrauterine Athmung ausschliesst.« **A. Bidder** (Mannheim).

W. Krause. Ueber den Pfannenknochen.

(Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1876. No. 46.)

An der Bildung der vorderen Peripherie der Hüftgelenkpfanne des Kaninchens participirt ein besonderer Knochen, der von K. als os acetabuli bezeichnet wird, und welcher von K. früher für eine Epiphyse des Schambeins gehalten, von Gegenbaur zum Sitzbein gerechnet wurde. Von diesem Pfannenknochen entspringt das ligam. teres. Der Knochen findet sich ohne Zweifel bei einer ganzen Reihe von Säugethieren; beim Menschen »entspricht dem os acetabuli die Epiphysis ilei anterior oder der sog. zweite accessorische Ossificationspunct an der Pfanne. Diese Epiphyse tritt zwischen dem 6.—12. Lebensjahre auf, verschmilzt bis zum 18. Jahre und bildet an der Grenze zwischen Scham- und Darmbein den Umfang des knöchernen Pfannenrandes beim Menschen«. **A. Bidder** (Mannheim).

H. Allis. The fascia lata.

(Philad. med. Times 1876. No. 229. Sept. 2. p. 579.)

Die bequemste, am wenigsten ermüdende aufrechte Stellung des Körpers ist die, bei welcher das Gewicht desselben auf einem Beine balancirt, dessen Knie vollständig gestreckt ist, während das andere Bein etwas nach vorn und aussen den Boden berührt. In dieser Stellung sind die Muskeln, die zum Gehen, Laufen etc. gebraucht werden, in Ruhe. Ein Theil der Fascia lata tritt für dieselben ein, und zwar derjenige feste, sehnige Theil derselben, welcher von der Crista ossis ilium abwärts über den Trochanter zum Cond. femoris ext. herabzieht. Man kann sich an sich selbst hiervon überzeugen, indem man in obiger Positur mit der Hand zwischen Trochanter und Crista in die Tiefe drückt. Der Trochanter wird beim Stehen geradezu gegen diese Fascie angelehnt. Das Anspannen der Fascie geschieht durch den M. glutaeus maximus und den M. tensor fasciae latae. Bei Schenkelhalsbrüchen kann obiges Verhalten als diagnostisches Zeichen verwerthet werden. In aufrechter Stellung nämlich wird sich auf der kranken Seite mit den Fingern zwischen Trochanter und Crista der obige Strang nicht fühlen lassen, weil die Muskeln die Fascia lata nicht mehr spannen können. — Liegt der Pat. auf dem Bauch im Bett, und man lässt ihn das Becken fest in's Bett hineindrücken, so zieht der gesunde Glutaeus augenblicklich die Fascia einwärts, es entsteht eine Grube, während auf der kranken Seite solches nicht der Fall ist. **E. Fischer** (Strassburg i./E.).

W. O. Leube. Bemerkungen über die Ablösung der Magenschleimhaut durch die Magensonde und ihre Folgen.

(Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. XVIII. Hft. 4 und 5.)

Einzelne Stücke der Magenschleimhaut können durch Unvorsichtigkeit und unliebsame Zufälle während der Einführung der Magensonde oder durch die Magenpumpe abgerissen und herausbefördert werden. L. erwähnt zwei derartige Fälle aus seiner Praxis. Das eine Mal wurde durch die Magenpumpe ein 1—2 Ctm. grosses Stück Magenschleimhaut mit dem Mageninhalt entleert, ohne dass dadurch irgend üble Folgen auftraten. Das andere Mal wurde durch die Magensonde, die an ihrem untersten Ende noch ein Fenster trug, ein 2—3 Ctm. langes und 3 Mm. breites Stück mit herausgezogen. Diesmal zeigte die mikroskopische Untersuchung, dass das betreffende Stück einer ganz normalen Schleimhaut angehörte. Auch hier traten keine üblen Folgen auf. Da der Patient bald darauf starb und zwar in Folge eines ziemlich hoch gelegenen Carcinoms des Oesophagus, so hatte Verf. Gelegenheit, die Wandung des Magens in allen ihren Theilen genau zu durchmustern. Nirgends war eine Spur von Defect oder Narbe zu entdecken.

Nach derartig entstandenen Defecten der Schleimhaut braucht es demnach durchaus nicht zur Blutung noch zu Geschwürsbildung zu kommen. Die Ursache davon glaubt Verf. in dem Umstande zu finden, dass das ausgerissene Stück zwar lang, aber sonst sehr schmal war und der Defect durch die Zusammenziehung der Muskulatur des Magens leicht gedeckt werden konnte. Auch gehört zur Entstehung eines Magengeschwürs ausser Störungen der Circulation vielleicht noch eine abnorme Steigerung der Acidität des Magensaftes. (Es stimmt dieser Befund am Menschen mit den auf experimentellem Wege bei Thieren gewonnenen Resultaten überein, da in neuester Zeit durch Daetwyler [s. Quincke's Bericht im Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1875, No. 4] und durch Körte [Beitrag zur Lehre vom runden Magengeschwür, Dissertation, Strassburg 1875] festgestellt wurde, dass Quetschungen, Blutextravasate, Abschneidung von Falten und Aetzgeschwüre in der Schleimhaut des Magens, trotz der beständigen Berührung mit den Ingestis und dem sauern Magensaft eine schnelle Heilungsfähigkeit zeigen. Ref.)

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Lebouocq. Exstrophie complète de la vessie urinaire. (10 S. 1 lithogr. Tafel.)

(Extrait des annales de la soc. de méd. de Gand 1876.)

Ein 4 Wochen alter, an Marasmus gestorbener Knabe zeigte folgenden anatomischen Befund. An der unteren Partie der vorderen Abdominalwand in der Mittellinie befindet sich eine runde, tumorartige Masse von 25 Mm. Durchmesser, rund von einer Furche um-

geben, welche den Uebergang in die Bauchdecken andeutet. Direct oberhalb liegt der Nabel mit seinen Ligamenten. In der unteren Partie des Tumors, 7 Mm. von einander entfernt, münden die Ureteren, einige Millimeter weiter abwärts die ductus ejaculatorii. Der Urachus 1 Mm. dick, 15 Mm. lang, lässt sich als Strang bis zwischen die Ureterenmündungen verfolgen. Penis sehr kurz, zeigt totale Epispadie; corpora cavernosa und musculus ischio-cavernosus vorhanden, Eichel abgeplattet, Praeputium rudimentär. Prostata etwas abnorm geformt; Nieren, Hoden, vasa deferentia, Samenbläschen normal. Das Peritoneum steigt bis zum Gipfel der Samenbläschen abwärts und schlägt sich dann nach hinten auf's rectum um. Ossa ilei abgeplattet, ossa pubis stehen 15 mm. von einander ab; zwischen ihnen ist an Stelle der Symphyse ein fibröses Ligament ausgespannt. Musculi recti abdominis weichen unten 20 Mm. auseinander.

Als primäre Ursache der Entstehung der Blasenectopie sieht L. den Stillstand in der Entwickelung der vorderen Bauchwand an. Den Defect in der vorderen Blasenwand selbst erklärt er dadurch, dass die Harnblase sich in den Spalt der vorderen Bauchwand hineinlege und dass ihre Vorderseite atrophire. (Vgl. Thiersch, Ein operirter Fall von Epispadie mit Blasenspalte, referirt im Centralbl. f. Chir. 1876. No. 32.)

E. Fischer (Strassburg i./E.).

L. Amabile. Sulla cura delle fistole vesico-vaginali.

(Il Morgagni 1876. Gennaio, Febbraio.)

In dem vorliegenden, auf dem Brüsseler Congresse gehaltenen Vortrage beschreibt A. seine Methode zur Heilung von Blasenscheidenfisteln. Nachdem er der frühzeitigen Aetzung mässig grosser Fisteln das Wort geredet, hält er seine Methode der secundären unmittelbaren Vereinigung nach Herstellung granulirender Ränder für angezeigt, im Gegensatz zu der von Simon und den Amerikanern cultivirten Methoden mit blutiger Naht. Sein Verfahren, dessen Vorläufer das von Deneffe und van Wetter in einem Falle mit Erfolg angewendete war (2 an einander gekoppelte scharfe Rechen mit abschraubbaren Stielen, in die Scheidewand eingefügt) besteht in folgendem: Die Fistelränder werden durch Scarificationen und Aetzung mit Schwefelsäure, die in eigens construirten scharfkantigen Näpfen mit Schwämmen applicirt wird, zur Granulation gebracht, und nöthigenfalls mit Höllenstein nachgeholfen. Die so erreichte granulöse Anfrischung (avvivamento granuloso) wird dann zur Verklebung gebracht, indem für den jeweiligen Fall eigens construirte kamm- oder rechenartige Klammern (rastelli) von zwei Seiten in die Scheidewand eingestochen und so weit genähert werden, dass die Wundflächen genau aufeinander liegen. Diese Klammern, die sich A. jedesmal aus Neusilberblech zurechtschneidet und biegt, gleichen auf die Fläche gebogenen Kämmen, in deren breitem Griff sich ein Loch für einen Faden befindet. Jeder Kamm hat den Zinken gegenüber, einen Fortsatz, der bei dem

einen zu einer Oese zurechtgebogen wird, in welche der Fortsatz des anderen Kammes hineinpasst. Ein seitlicher Fortsatz ermöglicht die Fixirung jedes Stückes mittelst eines Nadelhalters, der vorher durchgezogene Faden erhält die Klammern in engem Schluss. Die Anlegung wird, wenn nöthig, von der Blase aus mit dem Katheter controlirt; Durchbohrung der Blasenschleimhaut hat nicht viel zu bedeuten, da das Instrument nur 5—7 Tage liegen bleibt; eine absolute Ruhelage, wie bei der blutigen Naht ist in der Regel unnöthig. — Begreiflich erfordert die Gestalt, der Sitz der Fistel mancherlei Modificationen, ebenso die Anwendung der Methode für Obliteration der Scheide, worüber das Specielle im Original nachzusehen ist. A. hat unter 7 Fällen, über welche nichts Specielles mitgetheilt ist, 6 Erfolge gehabt. Die Vortheile der Methode sind nach A.: ihre Einfachheit und die Leichtigkeit, die Methode jedem Falle anzupassen; Entbehrlichkeit geübter Assistenz; annähernde Unblutigkeit der Operation. Die Nachtheile der blutigen Naht: Gefahr der Blutung nebst den dadurch erzeugten Störungen, fehlen. Schliesslich ist im Falle des Misslingens die blutige Anfrischung und Naht immer noch anwendbar. A. hält endlich für sehr wichtig, dass seine Methode jedem Arzte zugänglich sei, während die Naht ein Privilegium für wenige sei. — Indem A. so das Feld für die blutige Operation bedeutend einschränkt, erkennt er doch die volle Berechtigung und Wichtigkeit dieser Methode an, mit der er sich im letzten Theile beschäftigt, ohne wesentlich Neues zu bringen, als ein sehr complicirtes Speculum mit vielen Hebeln und Schrauben, welches alle Assistenz zur Dilatation der Vagina ersparen soll, dessen Beschreibung sich aber an diesem Orte kaum lohnen dürfte. **Escher** (Triest).

Féré. Fractures du bassin.

(Bulletin de la soc. anatomique de Paris 1876. p. 123.)

Eine 83jährige Frau fiel, bei einer Bewegung, aus dem Bett auf die linke Hüfte, indem sie mit den Füssen in der Decke hängen blieb und sich mit den Händen an dem Vorhange festhielt. In's Bett gebracht, klagte sie über heftige Schmerzen längs der Innenseite des linken Oberschenkels. $1/2$ Stunde später erfolgte Erbrechen, 10 Stunden später der Tod. — Section: starke Ecchymosen an der linken crista ilei, am linken Ellenbogen. Sämmtliche Organe gesund, aber starke Injection des Peritonäum; im Douglas'schen Raum 100 Grm. röthlicher Flüssigkeit. Darm sehr ausgedehnt, bis auf das enge, leere Colon desc. und die Flex. sigmoidea. Auf dem Scheitel der Blase eine dunkelrothe Verhärtung, die sich bis über das Schambein, besonders nach links, erstreckt. Ein Blutextravasat reicht nach hinten bis zum Psoas und hat das Zellgewebe zwischen Blase und Schambein auseinander gedrängt. Am linken Schambeine findet sich eine Fractur, die zum for. ovale direct hingeht, eine zweite, schräg

verlaufende liegt im ramus desc. oss. pubis. Die Blutung war aus einer Ven. obturatoria erfolgt.

Experimente über das Zustandekommen obiger Fractur an Leichen haben folgende Resultate ergeben: Lässt man einen Cadaver so auf den Boden aus einer Höhe von 50—60 Ctm. fallen, dass der Darmbeinkamm auf einen Klotz auffällt, so erfolgt bei alten Leuten eine Beckenfractur. Stets ist das Schambein der gleichen Seite gebrochen, vorwiegend in seinem Körper, öfter auch in seinen beiden Fortsätzen, sehr selten erfolgt Lösung in der Symphyse; fast nie klafft die Fracturstelle. Ist die das Becken treffende Gewalt aber grösser, dann entsteht eine zweite Fractur am hinteren Theile des Darmbeins oder am Kreuzbeine, nahe der symph. sacro-iliaca resp. eine Trennung der Symphyse selbst. An Leichen jüngerer Personen gelangen obige Versuche nicht.

Pilz (Stettin).

Waitz. Dorsalluxation des Daumens. Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

(Berliner klin. Wochenschrift 1876. No. 44.)

Ein Arbeiter hatte sich durch Fall auf den ausgestreckten Daumen der linken Hand eine complicirte Luxation desselben auf das Dorsum im Metacarpo-Phalangealgelenk zugezogen. Auf der Volarseite des Gelenkes war eine quere, klaffende Risswunde, in welcher bei Zurückbiegen des Daumens das Metacarpusköpfchen erschien. Alle Repositionsversuche waren vergeblich, und man beschloss, das Hinderniss aufzusuchen: Der Finger wurde blutleer gemacht, die Gelenkwunde auseinandergezogen und man sah die Kapsel an ihrer Insertion an der Volarseite des Capitul. ossis metacarp. abgerissen, über dasselbe zurückgeglitten und am Halse desselben zwischen diesem und der Basalphalange interponirt. Der Kapselriss wurde an jeder Seite durch ein Häkchen auseinander gezogen; sofort gelang die Reposition. — In einem zweiten Falle von Daumenluxation, welche irreponibel war, wurde künstlich durch Eröffnung des Gelenkes eine Complication erzielt, und zeigte sich hier eine fast gleiche Kapselzerstörung, aber zugleich war die Sehne des Flex. longus mit luxirt und zwischen Capitulum metacarpi und Basis phalangeos interponirt. Sie wurde mit einem Schielhaken hervorgezogen, worauf die Reposition gelang. Die Wunden beider Fälle heilten ohne Störung und trat völlige Herstellung der Function des Daumens ein.

v. Mosengeil (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Koeberlé. Sur l'hémostase définitive à l'aide des pinces hémostatiques.

(Bulletin de l'Academie de Médecine 1876. No. 48.)

K. empfiehlt von Neuem die hämostatischen Klammern (pinces hémost.) als ein einfaches und sicheres Mittel der Blutstillung bei Operationen. Man kann sie

sowohl zur temporären Blutstillung, als Voract der Unterbindung, benutzen, als auch zur definitiven Hämostase, wenn man sie längere Zeit liegen lässt. Bei kleinen Gefässen genügt eine Compression von einigen Minuten, bei grösseren müssen die Klammern mehrere Stunden bis zu einem Tage und länger liegen bleiben. Man soll auf diese Weise die Ligaturen vollkommen entbehren können.

Arn. Hiller (Berlin).

Polaillon. Hémorrhagie mortelle chez une femme enceinte.

(Annales de Gynécologie 1876. Nov.)

Eine ca. 25jährige, mit starken Varicen an den Beinen behaftete Frau, erlitt plötzlich aus einer kleinen Varixöffnung am malleolus internus eine solche Blutung, dass sie bald darauf starb. Das durch Kaiserschnitt lebend entwickelte Kind starb nach wenigen Augenblicken. An der Leiche liess sich constatiren, dass durch die unter dem Knie gebundenen Strumpfbänder eine sehr starke Einschnürung der Gefässe stattgefunden hatte.

P. berichtet von einem 2. Falle, in dem sich eine Frau durch einen Stoss gegen eine Stufe eine schnell tödtende Varixblutung zuzog. Cazeaux und Polaillon haben ein Gleiches bei Varicen der grossen Schamlippen gesehen.

Leopold (Leipzig).

E. Spalding. An interesting case.

(Philadelphia med. Times 1876. Sept. 2. No. 229. p. 581.)

Bei einer 45 Jahre alten Frau, welche zur »Blutreinigung« seit 1 Jahre täglich ein kleines Stück Holzkohle ass, stellte sich Müdigkeit, Appetitlosigkeit und mehrere Tage später Nasenbluten und ein Schüttelfrost ein. Die Verstopfung, welche hinzutrat, wurde vermittelst Klystieren und Drasticis erfolglos bekämpft. Würgen und Erbrechen von Massen ohne faeculenten Geruch folgten. Die Temperatur erreichte Ende der ersten Woche nach einem Schüttelfrost 39,8 und hielt sich längere Zeit zwischen 39—40° Abends, mit Morgenremissionen. Hochgradige Tympanitis. In Folge von Drasticis trat sodann Diarrhoe ein, wobei schwarze Massen, aus Kohle bestehend, entleert wurden. Am 14. Tage erschien das rechte Hüftgelenk in Flexionsstellung. Oberhalb der crista ilei Oedem und Schwellung, ohne dass Fluctuation nachweisbar wäre. Trotzdem wurde in der Lumbargegend unter schichtenweisem Vordringen in die Tiefe ein Abscess geöffnet, der bis in die Gegend des Coecum sich erstreckte; er enthielt stinkenden Eiter und kohlschwarze Massen ohne Faeces. Carbolsäuredurchspritzungen 2 mal täglich. Nach 2 Monaten vollständige Heilung. Die Ursache für den Abscess mag die Holzkohle gewesen sein, welche sich im Coecum angehäuft und entzündungserregend gewirkt hatte.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Wiss. Therapeutische Mittheilungen über Anwendung des Perubalsams.

(Vortrag in der berl. med. Gesellschaft am 11. Oct. 1876.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1876. No. 48.)

W. empfiehlt den Perubalsam als bestes Mittel bei scharfen und gequetschten Wunden. In letztere gegossen soll er schnellstens Vereinigung bewirken; dabei wirke er stark antiseptisch. — Bei chronischem Lungenkatarrh in Emulsion innerlich gegeben, bewirkt er nach W. nachweislich selbst nach jahrelangen Leiden, oft in kürzester Zeit Heilung.

v. Mosengeil (Bonn).

P. Hull. Poisoning by morphia.

(Philadelphia med. Times 1876. Sept. 2. No. 229. p. 581.)

Einem 6wöchentlichen Kinde wurde Morgens 10 Uhr aus Versehen 0,03 morph. sulfur. gegeben. Um 12 Uhr trat stertoröses Athmen ein, Contraction der Pupillen, kleiner Puls, dunkle Verfärbung des Gesichts, nur geringe Reaction auf äus-

sere Reize. (Therapie: häufiges Aufrütteln, Senfteige an Rücken und Füsse, innerlich grosse Dosen Atropin. 6 Uhr Abends keine Aenderung. Nachts 12 Uhr bedeutende Besserung, Athmung frei, Pupillen erweitert. Morgens 2 Uhr begann das Kind zu schreien und nahm Milch. Fast den ganzen folgenden Tag schlief es noch. Schädliche Folgen sind nicht zurückgeblieben. H. empfiehlt das Atropin als vorzügliches Mittel gegen Opiumvergiftungen.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

A. Guérin. Geschwürige Destruction von Impfpusteln.

(Bulletin de l'Académie de Médecine 1876. No. 47.)

G. beobachtete bei einem 7 Wochen alten Kinde einen eigenthümlich tiefen geschwürigen Zerfall von Vaccinepusteln; Grund und Umgebung der Geschwüre waren indurirt. Der Verdacht auf Syphilis hat sich nicht bestätigt; weder bei den anderen Impflingen, noch bei den von jenem Kinde weitergeimpften Geschwistern trat Aehnliches auf. G. führt daher die Ursache dieses Zerfalls auf individuelle, constitutionelle Anomalien des Kindes, z. B. Scrophulose, zurück.

Gubler und Dépaul haben ganz ähnliche Beobachtungen, namentlich bei neugeborenen Kindern gemacht; sie bestätigen auch die auffallende Aehnlichkeit dieser Affection mit Impfsyphilis. **Arn. Hiller** (Berlin).

W. Brodowski. Eine ungewöhnliche Verschiedenheit secundärer Neubildungen.

(Virch. Archiv Bd. LXII. p. 221.)

Nach dem Sectionsbefund einer 58jährigen Frau, deren Krankengeschichte fehlt (Melanosarcom des linken Bulbus, des Unterhautgewebes am Brustkasten, des Herzens, der Leber und Nieren, vieler Lymphdrüsen; Amyloiddegeneration der Milz, der Nieren, und in Spuren auch der Leber), wird die Möglichkeit sowohl localer als metastatischer Infection der Gewebe bei der Ausbreitung und Vermehrung bösartiger Neubildungen als zweifellos hingestellt. Dass die der primären Affection zunächst gelegenen Lymphdrüsen nicht entartet waren, dass pigmentirte Zellen in den Blutgefässen der Leber und der Nieren gefunden wurden, zeigt nach B. an, dass die Generalisation der Neubildung sich in diesem Fall unmittelbar durch die Blutgefässe vollzog. Epitheliale Zellen des inficirten Gewebes erzeugten die epithelialen Massen der secundären Knoten (Leber, Nieren), Bindegewebszellen die bindegewebigen (resp. sarcomatöse) Theile der Knoten oder auch ganze secundäre Knoten (Herz, Lymphdrüsen). Von den zu dieser Thätigkeit anregenden anatomischen Elementen erhielten nach B. andererseits die neuen Gewebe die Fähigkeit sich zu pigmentiren und zu wachsen. **Madelung** (Bonn).

J. Brzeziński. Krebs der Wirbelsäule.

(Pamiętnik Tow. lek. Warsz. 1876. Z. III. polnisch.)

Der Krebs kommt in der Wirbelsäule sehr selten primär vor; B.'s Fälle waren alle auch nur secundäre. Am häufigsten ist die weibliche Mamma der Sitz der primären Krankheit, in B.'s 5 Fällen war sie es 3 Mal. Da meistens der Wirbelkörper selbst der Entwicklungsort des Krebses ist, so bildet sich auch bald Kyphose aus, zu der sich dann die charakteristisch bezeichnete »paraplegie douloureuse« hinzugesellt. Das Fehlen der Congestionsabscesse wird als besonders wichtig bei der Differentialdiagnose gegenüber der Pott'schen Krankheit hervorgehoben. — Es folgen 4 Beobachtungen, von denen nur die letzten zwei als des Verf. eigene hier reproducirt werden sollen: M. K. 56 Jahre alt; vor 6 Monaten Amputatio mammae dextrae wegen Carcinom; 2 Monate nach der Operation Rückenschmerzen, anfangs intermittirend, später dauernd; Kyphosis; sehr grosse Schmerzen beim Stehen und Gehen; Tod 8 Monate nach der Operation. Section: in den Körpern des letzten Dorsalwirbels so wie der ersten 3 Lendenwirbel carcinomatöse Ablagerungen.

E. L. 59 Jahre alt. Carcinom der Vaginalportion der Gebärmutter; einige Monate darauf Urindrang und Gehbeschwerden; hohes Fieber; Unmöglichkeit ac-

tiver Bewegungen; Contractur der rechten unteren Extremität. Tod nach 2monatlichem Spitalaufenthalt. Bei der Section wurde vollständige Erweichung der Wirbelkörper des 5., 6. und 7. Dorsalwirbels, ausserdem die Anwesenheit eines vom 6. Wirbel gegen die Medulla gerichteten Tumors nachgewiesen, der nach der mikroskopischen Untersuchung als Medullarcarcinom angesprochen werden musste.

Obaliński (Krakau).

Johnston. Notes of a case of abdominal section and colotomy for intestinal obstruction.

(The obstetr. Journal of Great Britain etc. 1876. Nov.)

Eine 30jährige Frau, welche vor 4 Monaten ihr zweites Kind geboren, hatte während der 5 letzten Schwangerschaftsmonate über hartnäckige Verstopfung geklagt, welche nach der Entbindung von Monat zu Monat trotz kräftiger Mittel und unter bedeutenden Leibschmerzen immer stärker wurde. Eine genaue Untersuchung in Narkose ergab aber weder einen Unterleibstumor, noch eine feste Anhäufung von Kothmassen in den Gedärmen, obwohl der Leibesumfang immer mehr zunahm.

Da bei der Nutzlosigkeit aller Mittel die Frau in Lebensgefahr kam, wurde zunächst (17. Sept.) der Leib auf 6 Zoll Länge geöffnet. Coecum und Colon ascendens waren ausgedehnt durch flüssige Kothmassen. Colon transversum Sitz der Obstruction. Daher wurde, nachdem der obere Theil der Wunde wieder zusammengebracht war, das Coecum $1^1/_2$ Zoll lang seiner Längsaxe nach angeschnitten und in den Wundrand eingenäht. Die Entleerung der ungeheuren Kothmassen geschah mit vollständiger Schonung der Bauchhöhle.

Am 9. Tag wurden die ersten lockern Nähte entfernt und gingen die ersten Kothmassen spontan durch die Bauchöffnung ab.

Acht Tage später entleerte Patientin grosse Mengen von Pflaumen- und Weinbeerkernen und Schalen, die sie einen Monat vorher genossen hatte.

Nach einer Woche konnte sie anfangen aufzusitzen. Tägliche Versuche mit Wasserinjectionen, das Colon transversum durchgängig zu machen, blieben lange erfolglos.

Im April des folgenden Jahres gingen Flatus und am 1. Mai ein fester Stuhl auf natürlichem Wege wieder ab.

Die Bauchöffnung wurde mit einem Gummistopfen, der mit einer Gummibinde um den Leib befestigt war, verschlossen und wurde für die Entleerung der Faeces in der ersten Zeit 2 mal, später nur 1 mal geöffnet. Die Zusammenziehung der Oeffnung wurde durch festes Zusammenbinden mit Heftpflaster wesentlich unterstützt.

Leopold (Leipzig).

Foster. Rupture of diaphragma and protrusion of stomach into thorax; rupture of liver, iliac veins and jejunum.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 572.)

Pat., der verschüttet worden war, wurde bei klarem Bewusstsein herausgegraben und klagte über heftigen Schmerz in der Brust. Im Krankenhause erschienen die Lippen bleich, das Gesicht cyanotisch, die Pupillen ungleich und reactionslos, Puls kaum fühlbar, Harndrang besteht neben Strangurie und Dyspnoe. 2 Stunden nach dem Unfalle erfolgte der Tod. Section: Ruptur des Zwerchfells links; der mit Speise angefüllte Magen lag im linken Brustraume, die linke Lunge theilweis collabirt, Leber an 3 Stellen eingerissen; die Venae iliacae waren auf beiden Seiten zerrissen, Blutaustritt in ihrer Umgebung; ein Bandwurm im Abdomen liess eine Ruptur des Darms annehmen, sie fand sich im unteren Drittel des Jejunum. Auffallend erscheint, dass Pat. bei diesen Verletzungen noch mehrere Stunden leben konnte. Ein ähnlicher Fall ist in Erichsen's science and art. of surgery Vol. II. p. 562 angegeben.

Pilz (Stettin).

Barié. Kyste composé de l'ovaire gauche; ovariotomie; état des parties trois ans après l'opération.

(Bulletin de la société anatomique de Paris 1875. p. 710.)

Eine phthisische Frau mit Abdominalfistel, zurückgeblieben nach einer vor 3 Jahren von Péan verrichteten Ovariotomie, klagte 3 Wochen vor dem Tode, dass sie keinen Urin lassen könne. Catheterismus zeigte die Blase leer, dagegen fand sich, dass die aus der Bauchfistel entleerte eitrige Flüssigkeit mit Urin gemischt war. Section: Uterus, rechte Tuba und Ovarium gesund. An Stelle des linken Ovarium fand sich eine kindskopfgrosse rundliche Höhle mit dicken Wänden, deren Innenfläche mit weichen, schwarzen, pilzförmigen Gebilden ausgekleidet war. Dieselben hatten auf die Blase von deren Hinterfläche aus übergegriffen, und waren weiter vorgewandert, durch die vordere Blasenwand bis zur Oeffnung in der Bauchwand. Den Inhalt der Höhle bildeten schwärzliche, weiche Massen, wahrscheinlich erweichtes Geschwulstgewebe mit Blut untermischt. — Bei der Ovariotomie war durch Punction eine wenig getrübte Flüssigkeit entleert worden.

Pilz (Stettin).

Fitzgibbon. Gangrene of lower extremity, resulting from pressure of an ovarian tumour.

(The obstetr. Journal of Great Britain etc. 1876. September.)

Bei einer 70jährigen Frau zeigte sich die vierte Zehe am linken Fuss schwarzblau mit sich abstossender Haut. Wenige Tage später waren sämmtliche Zehen von Gangrän ergriffen, der Fuss ausserordentlich schmerzhaft und geschwollen. Ein Unterleibstumor, der für bedeutende Kothanhäufung galt, wurde durch Abführmittel behandelt, die Schmerzen und die Schwellung des Beines gleichzeitig durch Narcotica gemindert. Allmälig verloren sich die Schmerzen, nur blieben die Zehen noch blauschwarz und stiessen sich nach 6 Monaten langsam ab. Darauf erholte sich die Kranke. Zwei Monate später Gangrän des linken Fusses und halben Oberschenkels. Tod durch accidentelle Peritonitis.

Ein solider Ovarientumor (Fibrom) lag links von der Wirbelsäule auf der linken arteria iliaca communis und hatte durch Druck die Gangrän bewirkt.

Leopold (Leipzig).

E. Garcia. Lésions osseuses dans le mal de Saint-Antoine.

(Bulletin de la soc. anat. de Paris 1875. p. 824.)

In Colombia (Süd-Afrika) herrscht eine Erkrankung der Hände und Füsse (Mal de St. Antoine), welche als eine Form der Lepra oder Elephantiasis angesehen wird; dieselbe hat einen langsamen Verlauf, manifestirt sich durch Anästhesie der Extremitäten, Atrophie der Muskeln, besonders fettige Entartung derselben; die Daumen werden flectirt, so dass die Hand einer Vogelklaue nicht unähnlich erscheint; endlich erfolgt eine vollständige Resorption der Knochen in der Hand und dem Fusse, so dass diese nur aus einer weichen und unförmlichen Masse bestehen. Verf. demonstrirte einen Fuss, an welchem die Muskulatur in eine weiche Fettmasse umgewandelt war, das os metatarsi der grossen Zehe war repräsentirt durch fibröses Gewebe, die Phalangen waren sämmtlich resorbirt, das Nagelglied der kleinen Zehe war an das correspondirende os metatarsi herangerückt; eine röthliche Begrenzungslinie bezeichnete die Knorpelcontouren an den Gelenkflächen.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. **Sonnabend, den 13. Januar.** **1877.**

Zur Behandlung der Unterschenkelfracturen.

Von

Dr. **Arthur Menzel,**

Primarchirurg in Triest.

Das chirurgische Material unserer Abtheilung in Triest ist besonders reich an Traumen. Diese betragen geradezu die Hälfte aller Fälle (49,14 % v. Randiconto sanit. dell' ospit. civ. di Trieste per l'anno 1874). Unter den Verletzungen nehmen wieder die Fracturen eine hervorragende Stelle ein. Die weitaus grösste Anzahl derselben wurde und wird jetzt noch mit Gypsverbänden behandelt. Seit einigen Monaten brauchen wir in der Regel den Gypsverband mit Hanfschienen nach Schönborn und können dessen Einfachheit im Anlegen und Abnehmen nicht genug loben. An Festigkeit ist er den

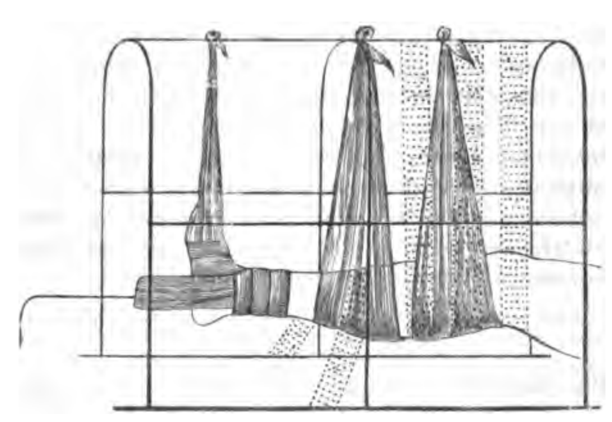
Gypsbinden gleichwerthig und wo es sich darum handelt, ganz kleine Gypsapparate anzulegen, wie z. B. an dem Klumpfuss eines Neugeborenen, oder bei einer Fingerfractur etc. ist er unvergleichlich leichter und zierlicher anzulegen, als die Gypsbinde. Die Anlegung ist stets rascher und der Kostenpunct viel geringer.

Doch nicht bei allen Fracturen scheinen uns Gypsverbände am Platze. So z. B. habe ich dieselben bei Radiusfracturen gänzlich verlassen. Die Steifigkeit, welche hierbei nicht selten an Fingern und Handgelenk zurückbleibt, ist für Patienten und Arzt recht unangenehm. Bei jüngeren Individuen vergeht sie zwar bald durch Bäder und Bewegungen, allein bei älteren Leuten geht es damit oft entsetzlich langsam. Solche Leute, insbesondere Frauen, schreien bei jedem passiven Bewegungsversuch laut auf. Seitdem ich Schienen brauche, theils gerade, theils nach der Fläche oder Kante gekrümmte und mindestens jeden zweiten Tag passive Bewegungen vornehme, habe ich diesen Uebelstand nicht mehr zu beklagen.

Bei Unterschenkelfracturen kommt die Gelenksteifigkeit nicht so sehr in Betracht; sie ist gewöhnlich geringer und vergeht schneller. Dafür giebt es gewisse Unterschenkelfracturen, bei welchen sich die Dislocation durch den Gypsverband nicht vollkommen ausgleichen lässt. Dahin gehört oft das leichte Vorragen der einen Bruchzacke an der vorderen Tibiakante. Das Auge bemerkt hiebei kaum eine Abweichung vom Normalen, allein der Finger, der über die vordere Kante streift, trifft plötzlich auf einen ganz scharfen Vorsprung. Ich brauche nicht hervorzuheben, dass die Function des Beines dadurch in keiner Weise beeinträchtigt wird. Gewiss dürften auch an andern Knochen, welche wir vollkommen genau coaptirt zu haben glauben, derartige geringe Verschiebungen vorkommen, welche wir aber wegen der stärkeren Bedeckung mit Weichtheilen nicht so leicht erkennen. An der Tibiakante wird aber selbst die geringste Verschiebung nicht nur vom Arzte, sondern auch vom Patienten sofort erkannt und der letztere ist in der Regel hierüber viel mehr beunruhigt, als der Arzt. Sein Finger greift immer wieder nach der Stelle hin und in manchen Fällen klagt er über ein leichtes Stechen, selbst wenn er schon vollkommen geht. Diese Dislocation kann nun durch den Gypsverband nicht vollkommen ausgeglichen werden, selbst wenn man ihn unmittelbar auf die Haut anlegt, man mag immerhin Zügel anwenden. Die Schwierigkeit der genauen Coaptation erhellt schon daraus, dass einige Chirurgen glaubten, sie nur durch einen eisernen Stachel mit Schraube erzielen zu können. Wir gebrauchen dagegen eine Verbandmethode, welche schon seit 4 Jahren auf unserer Abtheilung bei einfachen und complicirten Fracturen in Anwendung steht. Sie besteht wesentlich in Extension und Suspension und in elastischen Zügen, welche in entsprechender beliebiger Richtung angelegt, die Dislocation ausgleichen.

Zum Suspendiren des Beins benutzen wir gewöhnlich die eisernen Bögen (Reifenbahren), welche zum Abhalten der Decken wohl

auf jeder chirurgischen Abtheilung vorräthig sind. Die Binde, welche den Fuss an der Ferse und an den beiden Fussrändern erhebt und jene, welche die Gewichte trägt, werden mit Collodium befestigt. Ihr sicheres Anliegen wird durch circuläre Binden erhöht, welche ebenfalls in Collodium getaucht sind. Das Collodium klebt so fest, dass auch eine geringe Angriffsfläche ausreicht, damit die Binde selbst 5 Kilo tragen könne und dieses Gewicht ist vollauf genügend. Nun wird der übrige Unterschenkel auf 2—4 dreieckigen Tüchern suspendirt. Sollte trotz der Extension die Dislocation fortbestehen, so wird sie durch elastische Züge corrigirt, welche in gewollter Richtung an die Spangen der Reifenbahre befestigt werden. Wir nehmen hiezu Stücke von elastischen Binden, wie sie zur Esmarch'schen Einwicklung üblich sind. Um die früher erörterte Dislocation auszugleichen, genügen zwei Züge, von denen der eine das emporschnellende Fragment niederdrückt, der andere das tieferstehende emporhebt.



Extension und Suspension.
Die schraffirte Zeichnung stellt die Anwendungsweise mit dreieckigen Tüchern dar, die punctirte eine solche mit elastischen Bindenstreifen.

Ausser der Einfachheit besteht ein weiterer Vortheil der Methode darin, dass man die Fracturstelle offen vor sich hat und die Lage der Fragmente stets genau controliren kann. Klagen über Schmerzen in der Ferse bekommt man kaum zu hören. Es ist dies begreiflich, wenn man sich erinnert, dass die suspendirende Collodiumbinde eine breite Angriffsfläche an den beiden Fussrändern hat und daher die Ferse nur einen Theil der Fusslast zu tragen hat. Sollte aber trotzdem Druckschmerz auftreten, so braucht man blos an der entsprechenden Stelle in den Collodiumverband ein Loch zu schneiden, so gross als man es eben braucht. Es lässt sich ziemlich viel vom Verband fortschneiden, ohne dass derselbe an seiner Haltbarkeit und Tragfähigkeit litte. Wir betrachten sogar einen Decubitus, welcher bei Unterschenkelfractur durch eine andere Behandlungsart, Stiefel, Gypsverband etc. an der Achillessehne entstanden war, als eine der wichtigsten Indicationen zur Anwendung der fraglichen Methode. Eine weitere Indication und nicht die geringste findet dieselbe bei complicirten Fracturen. Mögen die Wunden noch so zahlreich und gross, die Splitterung noch so ausgedehnt sein, so kann man hiebei die Wunde reinigen und verbinden, ohne die Extremität

irgend wie zu verrücken. Werden die Wunden offen behandelt, so verwende ich zur Suspension statt der dreieckigen Tücher breite, glatte, nicht übersponnene Gummibinden, theils weil sie nicht ankleben und vorzüglich aus dem Grunde, weil ich unserer Spitalwäsche misstraue*). Zur Reinigung wird stets nur eine Suspensions-Binde (resp. Tuch) auf einmal abgenommen und der dieser Binde entsprechende Unterschenkeltheil gereinigt. Bevor der nebenanliegende Bindenstreifen abgenommen wird, muss der erste schon wieder angelegt sein u. s. f. Die Gummibinden leisten in den ersten 10—15 Tagen ausgezeichnete Dienste, später ziehen sie sich aus, verlieren an Elasticität und schneiden etwas ein. Man muss sie daher von Zeit zu Zeit erneuern. Auch mit Lister's Verbandweise ist die fragliche Methode ganz gut vereinbar, nur muss man hiebei verzichten, die ganze Wunde, wenn diese gross ist, auf einmal zu entblössen, sondern man muss sie wieder streifen- oder tuchweise verbinden. Die 8 Lagen Gaze und der Makintosh können trotzdem ein Ganzes bilden, man muss sie nur allmälig unter die einzelnen Aufhängestreifen (oder Tücher) legen.

Th. Billroth und **F. Ehrlich**. Untersuchungen über Coccobacteria septica.

(Mitgetheilt von **Th. Billroth.**)

(Arch. f. klin. Chir. 1876. Bd. XX. Hft. 2.)

Nachdem B. einleitend seinen bekannten Standpunct in der Bacterien-, Sepsis- und Lister-Frage aufs Neue dargelegt hat, macht er Mittheilungen über das Vorkommen und das fernere Geschick von Coccosvegetationen in vollkommen geschlossenen Eiterhöhlen.

Die erste Gruppe betrifft Fälle von Coccobacteriavegetationen in primären subcutanen Entzündungsherden. Zwei solcher Fälle hat B. bereits in seiner grossen Arbeit (Coccobacteria septica p. 89) mitgetheilt. Zwei neue Fälle sind ein Praepatellar-Abscess bei einer 59 Jahre alten Frau und eine präpatellare Phlegmone bei einer 23jährigen Frau. Beide Fälle waren nach Anstrengung beim Waschen der Fussböden entstanden. In dem guten Eiter des ersten Falles fanden sich mässige Mengen, in dem mit geronnenem Blute gemischten, doch nicht besonders stinkendem Eiter des zweiten Falles sehr grosse Massen von ruhenden Micrococcus-Ketten. Die zweite Pat. ging an Sepsis ohne weitere Localerkrankung zu Grunde.

Für solche Fälle nimmt B. an, dass vegetationsfähige

---

*) Vor nicht langer Zeit war die Leichenwäsche von der Krankenwäsche nicht einmal verschieden gemerkt.

Coccoskeime sich im Körper befunden haben und sich in den durch Trauma entstandenen Entzündungsherden entwickelten, weil die pathologischen Verhältnisse ihrer Entwickelung besonders günstig waren. Wegen des verschiedenen Verlaufes der Fälle müsste man eine individuelle Disposition zu Entzündungen annehmen, oder eine verschiedene Wirkung verschiedener Microorganismen.

Die zweite Gruppe umfasst Fälle von Coccobacteriavegetationen in geschlossenen Entzündungsherden, in denen eine Continuität mit offenen Wunden bestand. B. hat schon früher eine Reihe solcher Fälle mitgetheilt, ein neuer Fall ist folgender: Bei einem 23jährigen bildete sich 3 Tage nach der Operation eines linksseitigen Leistenbruchs eine deutlich fluctuirende Geschwulst der linken Scrotalhälfte und zwar völlig abgeschlossen. Durch einen feinen Troikart 5 Tage nach der Operation entleerte, gelblich klare, geruchlose, mit wenig Eiter gemischte Flüssigkeit enthielt spärlichen, freien, mittelgrossen Coccos und Streptococcos und war von besonders starker Infectionsfähigkeit.

In allen solchen Fällen war das Secret geruchlos. Es ist anzunehmen, dass die Organismen in die früher vorhandenen Wunden und von da in das Zellgewebe und die Lymphdrüsen auf dem Wege des Lymphstroms gelangt sind. Doch lässt sich auch die Ansicht nicht widerlegen, dass ein irritatives, unbelebtes Ferment die Entzündung hervorgerufen hat, und sich die Microorganismen dann ganz zufällig entwickelt haben.

In einer dritten Reihe von Fällen wurden die Coccobacteriavegetationen in geschlossenen metastatischen Herden an lebenden Kranken beobachtet. Einen solchen Fall hat B. schon in seiner früheren Arbeit mitgetheilt, die neuen Beobachtungen sind folgende: Bei einem 23jährigen Manne hatte sich vier Wochen nach einer Fingerverletzung mit Glassplitter Gangrän des rechten Mittelfingers und eine Phlegmone des ganzen Arms entwickelt. Der Eiter enthielt grosse Mengen von ruhendem Micrococcus und Streptococcus. Ein sich über 5 Wochen nach seiner Aufnahme entwickelnder Abscess an den rechten Nates enthielt eine Menge übelriechenden Eiters mit vielen ruhenden Coccos und Streptococcos.

Der zweite Fall betraf eine metastatische Entzündung des rechten Kniegelenks nach Lithotripsie mit nachfolgender Blasendiphtherie u. s. w. Der mit der Dieulafoy'schen Spritze entleerte dicke, gelbe, geruchlose Eiter war voll von ruhendem Micrococcus und Streptococcus. Der Pat. starb an demselben Tage.

Der dritte Fall betraf einen 6jährigen Knaben, der nach der Operation der Blasenectopie Blasendiphtherie bekam und einen Erguss in das linke Kniegelenk. Die geruchlose, seröse, mit der Dieulafoy'schen Spritze entleerte Flüssigkeit,

welche mit wenig Eiterflocken gemischt war, enthielt grosse Mengen von ruhendem, lang gewundenem Streptococcos, bei einer zweiten Punction wurde gelber, dicker, geruchloser Eiter ohne Microorganismen entleert. Der Pat. wurde gesund, das Gelenk war beweglich.

In Bezug auf die Bedeutung der Bacterien für die Pyaemie neigt B. zu der Ansicht, dass sie für die Haftung der Secrete bei zufälligen oder absichtlichen Impfungen sehr wichtig sein mögen, dass sie aber eine für die Erkrankung selbst ganz zufällige Beigabe sind. Auf das Verhalten der aus dem Kniegelenk im 3. Falle gewonnenen Flüssigkeit, welche zuerst serös, viele Microorganismen enthielt, später eitrig geworden dagegen keine aufwies, macht B. besonders aufmerksam. Die Coccoswucherung ist hiernach, wenn sie in den Geweben des Körpers eingeschlossen ist, an gewisse Anfangsstadien des entzündlichen Processes gebunden, sie geht mit üppig auftretender Eiterbildung zu Grunde. Wenn man also in reifen Abscessen keinen Coccos findet, so ist damit noch nicht erwiesen, dass er nicht früher dagewesen ist.

Erfolgreiche Impfungen wurden mit dem Serum aus der Scrotalinfiltration nach der Herniotomie auf die Corneen von Kaninchen gemacht.

Untersuchungen über das Vorkommen von Micrococcus in erysipelatöser Haut machte F. Ehrlich und zwar ergaben diese Untersuchungen in 3 Fällen ein positives Resultat. Die Untersuchungen der Gewebe auf Bacterien wurden nach der von C. Weigert (Breslau) angegebenen Methode gemacht.

Der erste Fall betraf ein Erysipel bei einer präpatellaren Phlegmone. Die Hautstücke wurden von der oberen Grenze der Dermatitis in der Gegend der linken Spin. ilei ant. superior entnommen. Es zeigten sich hier die ziemlich stark erweiterten Blutgefässe des Papillarkörpers in grossen Strecken mit Micrococcus vollständig angefüllt, wie künstlich injicirt, ebenso verhielten sich die Lymphgefässe der tieferen Cutisschicht. Hier fanden sich auch die Wandungen coccosfreier Blutgefässe in verschiedener Ausdehnung von Coccos umsäumt, ein Gleiches fand sich in der Umgebung der Schweissdrüsen. Ebenso lagen Coccosmassen in den Interstitien des Bindegewebes der Cutis, meist in discontinuirlichen, unregelmässigen Zügen. Besonders reichlich fanden sich auch Coccosmassen sowohl im Bindegewebe als auch in den Capillaren des subcutanen Zellgewebes.

Der zweite Fall — Kalter Abscess am Trochanter major —, Spaltung, Lister'sche Behandlung, Erysipel am 23. Jan., Tod am 31. Jan. — zeigt in der Haut, an der Grenze des Erysipels, spärlich eingestreute, gleichmässig runde, kleinste Körnchen, meist in der Nähe von Blutgefässen, welche wegen ihres chemischen und mikroskopischen Verhaltens als Micrococcen angesprochen werden müssen.

Der dritte Fall betraf ein Mädchen mit colossal entwickelten Brüsten. Es hatte sich an excoriirten Stellen, welche durch Compressionsversuche entstanden waren, ein Erysipel entwickelt, welchem die Pat. erlag. — Der reichliche Coccosgehalt des Gewebes wurde zufällig gefunden; Haut war nicht conservirt worden. Die die Drüsenacini umspinnenden Gefässe waren dicht mit Coccosballen gefüllt.

Auch für diese Fälle lässt es B. unentschieden, ob das Vorschieben von Coccosmassen im Gewebe als eine Ursache oder Wirkung aufzufassen ist.

Bei Impfungen der Haut und Injection von coccoshaltiger Flüssigkeit fanden sich in einem Falle Coccosmassen in den Hautgefässen u. s. w., die Impfung geschah bei einem Kaninchen. Negative Resultate erhielt Verf. bei einem Hunde, obgleich sich ein grosser Abscess entwickelte. Impfungen in die Cornea waren bei einem Hunde nur von vorübergehenden Entzündungserscheinungen begleitet, das Auge eines Kaninchens war schon nach 24 Stunden zu Grunde gegangen.

Von den sonstigen Befunden hebt B. noch als besonders auffällig hervor, dass sich immer nur Micrococcos, keine Bacterien zerstreut oder in Ballen vorfinden; dass letztere Form der Vegetation so häufig in kleinen Blutgefässen gefunden wird, und dass sich doch selten eine gradatim vorschreitende celluläre Infiltration um diese Gruppen von Microorganismen zeigt.

B. macht ferner aus den Impfversuchen darauf aufmerksam, wie sich die lebenden Gewebe eines Kaninchen anders gegen die Coccosvegetationen verhalten, wie die des Hundes, eine Thatsache, die auch aus den Untersuchungen von Frisch hervorgeht.

B. ist der Ansicht, dass die vorgeführten Beobachtungen einen wichtigen Beitrag zum Verständniss über die Haftung von Contagien und Eindringen contagiöser Stoffe ins Gewebe bieten; dass das mysteriöse der Immunität gegen gewisse Krankheitsstoffe, wie wir sie zuweilen bei Thieren und Menschen finden, schwindet und rein mechanischen und chemischen Vorstellungen Platz macht.

Untersuchungen über das Vorkommen von Coccosvegetationen in inneren Organen bei Menschen, die an accidentellen Wundkrankheiten gestorben waren, stellte F. Ehrlich an. B. veranlasste E. zu diesen Untersuchungen, nachdem er die schönen Präparate von C. Weigert von Coccos in Nieren und Leber von Pockenkranken gesehen hatte. E. fand unter einer grossen Reihe von untersuchten Fällen ein Mal Coccoscolonien in den Nieren und in der Leber einer an Erysipel und Septikämie gestorbenen Patientin. Die Nieren erschienen makroskopisch normal, die Leber geschwellt, Schnittfläche dicht rothbraun und gelb gesprenkelt.

Ebenso fanden sich reichliche Coccosthromben in der Niere eines an Erysipel Gestorbenen, ferner weniger reich-

lich in den Nieren eines an Blasendiphtherie nach Lithotripsie gestorbenen Mannes. In den geschwellten Inguinaldrüsen fanden sich reichliche Coccosmengen in den stärkeren Bindegewebsseptis und in den Lymphbahnen der Medullarsubstanz. — Wegen der von B. an diese letzteren Befunde geknüpften Bemerkungen und Fragen verweisen wir auf das Original.

Untersuchungen über das Vorkommen von Coccobacteriavegetationen im Wundsecret und die Verimpfung des letzteren auf die Kaninchen-Cornea machte Th. Billroth. In den ersten 24 Stunden fand B. bei gewöhnlicher Wundbehandlung neben rothen Blutzellen ziemlich viele Eiterzellen und kleine blasse, ruhende Kügelchen von der Grösse von Micro-, Meso- und Megalococcos, welche mit zunehmendem Auftreten der Eiterzellen verschwanden. Oft schon am 2., constant am 3. Tage traten deutlicher Diplococcos und Streptococcos auf. Diese nahmen bis zum 4. Tage zu, verschwanden dann rasch, bei normalem Wundverlauf fanden sich am 6. Tage keine Microorganismen mehr im Secret, oder nur Spuren davon.

Die Impfungen mit diesem Secret auf die Hornhaut von Kaninchen ergaben, wie schon Frisch fand, sehr ungleiche Effecte. In einigen Fällen hafteten die Coccosvegetationen gar nicht, in anderen traten Hornhautabscesse und Hypopyen auf, noch in anderen wurde die ganze Hornhaut sehr rasch gelb getrübt (diphtheritisch). Der Erfolg hing wohl von den Stadien des Wundheilungs- eventuell Entzündungsprocesses ab; geruchloser, coccosfreier Eiter erzeugte nie die sternförmigen Coccosfiguren, nie Entzündung.

Unter dem Lister'schen Verbande war zuweilen auch am 2. und 3. Tage das Wundsecret frei von Coccosbacteriavegetationen, und die Impfungen stets erfolglos. In anderen, sonst aseptisch und afebril verlaufenden Fällen fanden sich die Secrete ebenso bei dem Lister'schen Verbande, wie bei den nicht so behandelten.

Blut, welches direct aus der Carotis eines Hundes in Flaschen aufgefangen wurde und zwar theils mit, theils ohne Anwendung des Spray, verhielt sich durchaus gleich. Das Blut hält sich in vollkommen geschlossenen, keine Luft enthaltenden Fläschchen geruchlos und so, dass nach 18 Tagen, im Brutkasten nach 8 Tagen, die morphologischen Bestandtheile noch erhalten sind. Ist Luft mit eingeschlossen und bei hoher Temperatur tritt schnell Fäulniss ein. Da B. nun nicht annehmen kann, dass während des Spray Coccobacteriakeime in das aus der Arterie abfliessende Blut gelangen, so glaubt er, zugeben zu müssen, dass die Coccobacteriakeime, welche in dem eingeschlossenen Blute später zur Entwickelung kamen, schon im Blute enthalten waren, ehe es aus der Arterie floss. B. schliesst seine interessanten Mittheilungen damit, dass er, abgesehen von vielen noch nicht hinlänglich erklärten Erscheinungen, die Lister'sche Methode, welche die Entstehung und Ausbreitung der Zersetzungs- und Entzündungsprocesse auch an den ge-

fährlichsten Wunden zu hemmen vermag, als eine der herrlichsten Bereicherungen der modernen Chirurgie anerkennt. **Maas** (Breslau).

P. Baumgarten. Riesenzellen und Syphilis.

(Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1876. No. 45.)

Verf. fand in einer Gummigeschwulst des Hodens schöne typische Riesenzellen in reichlicher Menge. Auch in älteren Spirituspräparaten von gummöser Orchitis liessen sich dieselben, wenn auch in geringerer Anzahl nachweisen. Verf. hofft, dass ihm bald frische Fälle auch von Syphilomen innerer Organe in die Hände gelangen werden, um die Sache weiter verfolgen zu können. **A. Bidder** (Mannheim).

F. Durante. Gli Epiteliomi.

(Il Morgagni 1876. Hft. 1, 2 u. 3.)

Die rein anatomische Eintheilung der Carcinome für ungenügend haltend, versucht D. unter obigem Titel eine Classification auf physiologischer Basis, um namentlich zur Erklärung der Entwicklung und Malignität neue, den klinischen Bedürfnissen entsprechende Anhaltspuncte zu gewinnen. Wie jede Zelle ihrer Mutterzelle, so gleiche jede Krebszelle derjenigen, von der sie abstamme; oft sei sie ihr functionell sogar gleich; Fett, Schleim etc. seien wohl nicht die einzigen echten functionellen Producte der Krebszellen; es werde gewiss noch gelingen z. B. bei Epitheliomen des Magens in frühen Stadien pepsinhaltige Zellen nachzuweisen; die durch gestörte Ernährung erzeugten Producte können ohnehin nicht massgebend sein, es komme also auf die ursprüngliche physiologische Function der Zellen an, von denen das Epitheliom abstammt. Die Eintheilung ist (nach Ausschluss des noch unaufgeklärten Cylindroms [Billroth]) folgende: 1) einfache, 2) glanduläre, 3) Embryonalzellen-Epitheliome. Die ersten theilen sich in 1) Corneome, 2) Epitheliome des Rete Malpighi oder eigentliche E. — Die glandulären zerfallen in: 1) einfache Ep. (die aus den Canälen und Follikeln stammen, die den specifischen functionellen Charakter verloren haben) und 2) functionelle (den specifischen Drüsenzellen entstammend). — Wie D. für diese Classification die Berechtigung und klinische Verwendbarkeit eingehend nachweist, ist im Original nachzusehen; die Orientirung ist nicht überall leicht, und der Nachweis, namentlich bei den Hautdrüsen, nicht durchweg überzeugend. Zur Entscheidung der Frage der Inoculation stellte D. Versuche mit Kaninchen an; Injectionen von Krebsjauche erzeugten septische Erscheinungen, frischer Krebssaft wurde ohne Reaction ertragen, in keinem Fall entstand ein Krebs. Dagegen fand sich bei einem von 3 Kaninchen, denen D. frische Epitheliommasse an der Lippe inoculirte, nach 3 Monaten ein kleiner

metastatischer Knoten in der Lunge, der sich von einem abgekapselten embolischen Abscess in der gleichen Lunge leicht unterscheiden liess. Auch bei einem andern Kaninchen einer andern Versuchsreihe erzeugte D. durch Injection frischen Carcinomsaftes eine unzweifelhaft krebsige Metastase der Lunge. Nach seiner Ansicht sind zur Entstehung von Krebs Epithelzellen nothwendig; Bindegewebselemente nehmen daran nicht Theil; diese erzeugen entweder Eiter oder sie bereiten den Boden, auf welchem die Epithelzelle lebensfähig, mithin auch entwicklungsfähig bleibt. Die Copulation ist nur für Zellen gleicher Gattung zulässig, und spielt so vielleicht eine Rolle bei der Entwicklung der Sarcome und Epitheliome. — Bezüglich der Malignität bringt D. nichts neues vor. **Escher** (Triest).

G. Brown. On Salicylate of quinine as an antipyretic.

(Edinb. med. Journal 1876. Vol. 2. p. 421.)

Das salicylsaure Chinin ist unlöslich in Wasser, leicht löslich in Säuren, ziemlich löslich in kaltem, besser in heissem Alkohol. Als Dosis werden 10—40 Gran (0,5—2,0 Grm.) gegeben, je nach Alter und Verhältnissen; 30 Gran (1,5 Grm.) sind in den allermeisten Fällen ausreichend. Eine Stunde nach der Verabreichung beginnt die antipyretische Wirkung und hält mehrere Stunden an; in mehreren Fällen sank die Temperatur in 3—4 Stunden bis 5° F. Zugleich wird der Puls langsamer und weicher, die Respirationsfrequenz nimmt ab, die Haut wird feucht und kühler, bei ausgesprochener subjectiver Euphorie. Das Präparat bewirkt nicht die heftigen Schweisse wie salicylsaures Natron, nicht das heftige Ohrensausen und Schwerhörigkeit wie Chin. sulph., eben so wenig tritt Erbrechen und Albuminurie auf. Man kann das Mittel reichen per os in Oblaten oder in schleimigen Vehikeln, besonders bei Typhus; am besten im Clysma und zwar suspendirt in Mucilago mit etwas Opium. Im Harn geschieht sein Nachweis leicht mit Liq. ferr. sesquichl. durch Auftreten einer purpurnen Farbe. Ganz wie Chin. sulph. und Chin. mur. hebt auch das salicylsaure Chinin die amöboide Bewegung der weissen Blutkörper auf.

Vier Curven veranschaulichen die Wirksamkeit des Mittels bei zwei Erysipelen, einer Pneumonia croup. und einem Typhus abdom. **Pilz** (Stettin).

N. Ivanowsky. Parasitäre Knoten in den Lungen bei Variola.

(Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1876. No. 45.)

Unter 14 Fällen von zur Section gelangten Variolafällen fanden sich 8 mal in den Lungen, besonders den unteren Lappen, kleine disseminirte erbsengrosse Knoten, welche bald roth, bald grau aus-

sahen. Sie erwiesen sich als mit Exsudat, Granulationszellen, Detritus und rothen Blutkörperchen gefüllte Alveolen, in deren Centrum sich reichliche Micrococcencolonien befanden. Diese sieht Verf. für die primäre Krankheitsursache an, welche durch das Einathmen von pockengifttragender Luft in die Lungen gelangt ist, während der übrige Befund der Ausdruck secundär-entzündlicher Reaction sei.

A. Bidder (Mannheim).

E. Albert. Ueber die Arthrotomie.

(Wiener med. Presse 1876. No. 20 u. ff.)

A. stellt sich die Aufgabe, die Vortheile des Lister'schen Verfahrens bei der curativen Eröffnung der Gelenke, für welchen chirurgischen Eingriff er den allgemeinen Namen »Arthrotomie« vorschlägt, zu untersuchen. Bei dem kleinen Materiale an Gelenkkrankheiten, welches A. in Innsbruck zu Gebote steht, sollen nur einzelne Thatsachen als Stützen für die theoretischen Erörterungen angeführt werden. Als Anlass für eine Gelenkeröffnung galten bisher acute, eitrige Gelenkentzündung, chronische, fungöse Arthritis, Hydarthros (schon im vorigen Jahrhundert mit dem Radicalschnitt wie eine Hydrocele behandelt), frische Luxationen, um ein Repositionshinderniss zu beseitigen, veraltete Luxationen, Gelenkmäuse, endlich Exostosen innerhalb der Gelenkkapsel. Die primäre Resection bei traumatischen Gelenkeiterungen könne, da die Gebrauchsfähigkeit eines resecirten Gelenkes im Ganzen doch geringer sei als jene eines spontan nach Eiterung ausgeheilten, die Arthrotomie nicht ersetzen; ganz abgesehen davon, dass gefahrbringende Complicationen, wie das förmliche Eintauchen der eröffneten Markräume in die Wundsecrete, welches bei Resection kaum zu verhindern sei, bei der Arthrotomie nicht vorkommen.

Bei traumatischen Eiterungen in grossen Gelenken ist A. für das frühzeitige Anlegen von Gegenöffnungen, da der Nachweis, dass jene schädlich seien, nicht erbracht ist. Doch will er Verbesserungen in der Methodik der Gelenkincisionen versucht wissen: galvanocaustische Gelenkeröffnung; Bepinselung der Incisionswunde mit Chlorzink, Ausspülen der Gelenkhöhle mit Chlorzinklösung. Welche schweren Gelenkverletzungen bei sonst gesunden Individuen spontan zur Ausheilung kämen, sei bekannt; A. referirt als Beleg hiefür zwei solche Fälle, welche unter offener Wundbehandlung geheilt wurden. Nicht traumatische, acute Gelenkeiterungen seien schwer von einem allgemeinen Gesichtspuncte aus zu betrachten; bei multiplen Gelenkempyemen im Verlaufe der Pyämie könne die Eröffnung nichts nützen, dagegen sei sie bei Affection eines einzigen Gelenkes jedenfalls indicirt. Eiterungen in Folge eines acuten Allgemeinprocesses entstanden, die früher stets dem spontanen Durchbruche überlassen wurden, können jetzt mittelst der Lister'schen Methode durch frühzeitige Incision und Drainage rascher zur Heilung gebracht werden. (Beispiel: ein

riesiger parametritischer Abscess bei einer Puerpera, der durch das grosse Hüftloch in die Gesässschichten durchgebrochen war.) Dies gilt z. B. für die Gelenkeiterungen nach Variola, besonders bei Kindern.

Die Ausdrücke »Caries, fungöse Gelenkentzündung und Tumor albus« ohne genauere Unterscheidung und promiscue für alle Formen der chronischen Gelenkentzündung angewendet, geben zu mancherlei Irrungen Veranlassung. Gewisse Formen von Caries im Kniegelenke (Fungus artic.) sind günstige Objecte für die Resection; beim kalten Abscesse des Gelenkes ist die letztere gewöhnlich von acuter Verjauchung und letalem Ausgange gefolgt. Fungöse Gelenkentzündungen können durch Carbolsäureinjectionen (Hüter, Schinzinger u. A.), durch Incision und Drainage (v. Nussbaum) geheilt werden. A. hat bei einem Fungus des Ellbogengelenkes, der bei einer 22jährigen, kränklichen, der Phthise verdächtigen Frau unter heftigen neuralgischen Anfällen sich entwickelte und zu einer enormen Schwellung mit starrer Contractur führte, unter antiseptischen Cautelen das Gelenk radialwärts vom Olecranon gespalten, die ganze fungöse Granulationsmasse (es entleerte sich kein Tropfen Eiter) exstirpirt, und eine kleine rauhe Stelle des Humerus in der Umgebung des Radiohumeralgelenkes abgemeiselt. Die Schmerzen bestanden fort. Darauf eine zweite Incision ulnarwärts vom Olecranon, der Nervus ulnaris wird lospräparirt, die ganze hier befindliche Kapselportion sammt einer 1 Ctm. dicken Fungusmasse abgetragen. Etwas Eiter und Synovia entleert; die Schmerzen hörten sogleich auf; rasche Erholung. 14 Tage später Abscess in der plica cubiti, guter Eiter; baldige Ausheilung. A. hält die Abtragung eines Stückes der fungös wuchernden Kapselwand für sehr wichtig in diesem Falle, weil erst hiedurch eine ausgiebige Eröffnung des Gelenkes erzielt wurde.

Ueber Gelenkeröffnung bei chronischen serös-eitrigen Exsudaten ohne erhebliche Betheiligung der Gelenkenden fehlen dem Verf. eigene Beobachtungen; er glaubt, dass in solchen Fällen die Punction mit nachfolgender Jodinjection der Incision und Drainage vorzuziehen sei. Bei frischen Luxationen mag es kaum, bei veralteten vielleicht Gelegenheiten zur Gelenkeröffnung geben, unternommen, um ein Repositionshinderniss, etwa eine Interposition, bei eröffnetem Gelenke zu beseitigen oder eine vorstehende Knochenkante abzutragen (ohne eine typische Resection auszuführen). Ein von A. beobachteter Fall von veralteter incompleter Luxation des Vorderarmes nach innen, complicirt mit einer pseudarthrotisch ausgeheilten Fractur des unteren Humerusendes beweist indessen, dass auch nach vollständiger Freilegung des Gelenkes und Entfernung des interponirten Theiles, in dem Falle eines abgebrochenen, durch lose Bandmasse fixirten Stückchens vom Gelenkende des Humerus, die Reposition misslingen kann, ohne dass man einen Grund hiefür angeben könnte. Bei dem betreffenden Kranken wurde die Extremität zwar gebrauchsfähig, doch meint A., dass man dasselbe Resultat vielleicht auch allein durch orthopädische Behandlung hätte erzielen können.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Widerlegung der von verschiedenen Seiten gegen die Lister'sche Methode erhobenen Einwände und Bedenken und die Constatirung der ausserordentlichen, durch dieselbe erzielten Resultate. **Winiwarter** (Wien).

Nicoladoni. Phlebarteriectasie der linken oberen Extremität.

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 1. p. 146.)

Verf. berichtet über einen dritten Fall (22jähriger Maurergeselle) von Angiectasie, die aller Wahrscheinlichkeit nach als eine congenitale zu bezeichnen ist. (Vgl. die früher veröffentlichten Fälle im Centralblatt für Chir. 1875. p. 534 u. p. 764.) In Uebereinstimmung mit den früher publicirten Fällen zeigt auch der vorliegende durch die bedeutende Ausdehnung, durch die auffallenden Veränderungen des venösen Gefässsystems, durch die intensive Erkrankung der Hohlhand und des Handrückens, den früher beschriebenen Gang der Entwickelung. Auch hier trat bei Compression der Brachialis Pulsverlangsamung auf. Von grossem Interesse sind die Veränderungen am Antithenar. Die Rarefaction und Verdrängung der Weichtheile durch ein vielfach complicirtes Gefässconvolut geht bis auf den Handrücken hinüber und das Blut kommt hauptsächlich aus den Aesten der Art. ulnaris. Diese zeigt auch die bedeutendere Erkrankung, so wie auch in diesem Falle die Hauptstörungen auf der ulnaren Seite des Armes sich befinden. Die prominenten, lebhaft injicirten, warzenartigen Geschwülstchen, die sich an den Fingern vorfanden, hält N. für die jüngsten Bildungen nach dem ganzen Verbreitungsvorgange der Erkrankung. — Dieser Fall ist ausserdem ausgezeichnet durch den Mangel einer deutlich nachweisbaren Herzhypertrophie. — In Hinsicht auf die Therapie steht dieser Fall viel näher der Amputation als der erste, weil hier der Process an der Hand weit intensiver ist (die Gefahr der Blutung grösser), sodann wegen der quälenden Sensationen, denen der Arm, zumal bei der Arbeit ausgesetzt ist. Die Amputation konnte in diesem Falle am Oberarm noch ausgeführt werden. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

Huth. Fall von Myositis ossificans progressiva.

(Allg. med. Central-Zeitung 1876. p. 493.)

Bei einem jetzt 4 Jahre alten Knaben bildeten sich Ende des 2. Lebensjahres im Laufe etwa eines Jahres zahlreiche Verknöcherungen aus; seit $1^1/_2$ Jahren hat sich in dem Zustand wenig geändert. Der Status praesens ist jetzt folgender: Verknöcherungen an Stirn und Kopfschwarte, Exostose auf dem linken os parietale. Die Musc. masset. zum Theil »verhärtet« (weniger, als vor 1 Jahre); der Mund kann etwa 3 Ctm. weit geöffnet werden. Nacken- und seitliche Halsmuskeln strang- resp. rosenkranzartig »verhärtet«, besonders die Sternocleidomastoidei. Der Kopf kann etwa 2—3 Ctm. vor- und rückwärts gebeugt werden, weniger nach

rechts und links. Die Thoraxmuskulatur fühlt sich panzerartig an; auf dem Rücken finden sich 5—6 wallnussgrosse Exostosen. Die Musculi lumbales sind beiderseits »hart«; in der Bauchmuskulatur zeigt sich rechts in der Mammillarlinie ein fingerdicker, sich vom Rippenrand bis zum Schambein erstreckender Knochenstrang, links sind nur einzelne harte Knoten zu constatiren. »Beide Oberarme sind völlig steif im Schultergelenk, fast dicht dem Rumpfe anliegend«. Ellenbogengelenke normal beweglich, Vorderarme gesund. Linke Hüft- und Oberschenkelmuskulatur hart und steif, rechte Hüft-, Ober- und Unterschenkelmuskulatur völlig intact. Das rechte Bein kann bis zum rechten Winkel im Hüftgelenk activ gebeugt werden. Der linke Oberschenkel ist rechtwinklig flectirt, ebenso das linke Kniegelenk, doch kann letzteres passiv um etwa 60° flectirt und extendirt werden. Auf einem niedrigen Rohrstuhle fest gebunden, kann das Kind vermittelst des gesunden Beines sich nach Belieben im Zimmer umherbewegen. Feste Speisen kann es vermittelst einer langen Gabel selber zu sich nehmen, während ihm Flüssigkeiten eingeflösst werden müssen. —

Aetiologisch hat H. nichts erfahren können. **Tillmanns** (Leipzig).

Knott. A case of extreme plumbism treated by galvanic baths.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 531.)

Pat., mit ausgesprochenen Symptomen einer chronischen Bleivergiftung, erschien zum Skelet abgemagert, konnte sich kaum in aufrechter Stellung erhalten und war nicht im Stande Arme oder Beine zu bewegen. Musc. deltoideus gänzlich geschwunden, der Oberarmkopf deutlich in seinen Contouren in der Gelenkpfanne hervortretend. Im Urin Blei nachweisbar. Eine mehrmonatliche Behandlung mit Jodkali, Faradisation und Galvanismus besserte den Zustand nur wenig. Nach Verabreichung galvanischer Bäder (18 Elemente) wobei Pat. jedesmal 20 Minuten im Bade blieb, besserte sich der Zustand bald. Nach 14 Tagen hatte Pat. bedeutend an Körpergewicht zugenommen, konnte allein gehen und sich anziehen; in weiteren 14 Tagen wurde volle Heilung erreicht. **Pilz** (Stettin).

J. Iljinsky. 1) Zur Frage der Hauttransplantation.
2) Die Transplantation von Thierhaut auf granulirende Wundflächen des Menschen.

(Protokolle der Kaiserl. med. Gesellsch. im Kaukasus 1876. No. 2, russisch.)

Verf. transplantirte Haut von Menschen, Hunden und Hühnern auf Geschwürsflächen. Nahm er die Hundehaut mit dem Zellgewebe zusammen, so erzielte er immer eine Verwachsung, sonst unter 10 Fällen 6 Mal. Die befestigenden Heftpflasterstreifen wurden nach 48—72 Stunden entfernt. Die verwachsenen Hautstücke wurden nie rosenroth, sondern blieben stets blass und schrumpften immer mehr ein, besonders im Dickendurchmesser. Einige beigefügte Krankheitsgeschichten zeigen, entsprechend allen bisherigen Erfahrungen, dass mit Transplantation behandelte Geschwüre rasch vernarbten, und dass die Narben glatt und beweglich erschienen. **W. Grube** (Charkow).

Stern. Beitrag zum Lupus erythematosus acutus.

(Wiener med. Wochenschrift 1876. No. 38.)

Verf. bringt die Krankengeschichte eines ähnlichen Falles, wie derjenige, welchen K a p o s i im I. Heft des Archivs für Dermatologie und Syphilis unter obigem Namen veröffentlicht hat. Es handelte sich um eine 21jährige Frau, deren Eltern an Tuberkulose gestorben waren. Nach zwei Monaten etwa war Genesung erfolgt. Die Therapie konnte nur symptomatisch sein.

v. Mosengeil (Bonn).

Tenholt. Zur Behandlung der Diphtheritis.

(Allg. med. Central-Zeitung 1876. p. 397.)

T. empfiehlt eine Mischung von Salicylsäure und Kalkwasser (2:200) zur Be hndlung der Diphtheritis. Die Lösung wird zum Pinseln, oder bei grösseren Kindern auch als Gurgelwasser angewandt. Wenn bei kleineren Kindern das Pin-

seln auf grössere Schwierigkeiten stösst, dann wird die Lösung intern gegeben, in schlimmen Fällen stündlich oder halbstündlich $1/2$ Esslöffel voll mit gleichen Theilen Milch. Die so erzielten Resultate werden sehr gelobt.

Tillmanns (Leipzig).

Averbeck. Die Behandlung der Rachenbräune.

(Wiener med. Wochenschrift 1876. No. 38 u. 39.)

Verf. empfiehlt zur Kräftigung der Widerstandsfähigkeit gegen das Gift gute Ernährung der Patienten, will alles mechanische Entfernen der Diphtheritisschorfe meiden, da jede Verwundung eine neue Impfung bewirke, bläst flor. sulph. non depur. mit Zusatz von Salicylsäure ein, und zwar Anfangs alle halbe Stunden, später seltener. Ist wegen Schwellung der Umgebung Einblasen nicht möglich, so wird Priessnitz'sche Warmwassereinwicklung um den Hals und Abspülung der Schleimhaut mit Carbol- oder Salicylwasser angewandt. Innerlich giebt Verf. gegen die Allgemeinerkrankung Chinin in ziemlich geringer Dosis.

v. Mosengeil (Bonn).

Simeoni. Frattura craniale con depressione, lacerazione delle mennigi ed uscita di sostanza cerebrale; guarizione.

(Gaz. med. ital. prov. Venete 1876. No. 29.)

Ein 14jähriger Knabe fiel 3 Meter hoch auf den Kopf und zog sich eine Fractur des linken Stirnbeins zu; ein Fragment von $2^1/_2$ Ctm. Durchmesser war nach Innen gedrückt; durch die Wunde war Hirnsubstanz gedrungen, etwa so viel wie ein Hühnerei; Mangel jeglicher Hirnsymptome, ausgenommen ein leichter Ohnmachtsanfall mit Convulsionen von einer halben Minute Dauer, der $1/2$ Stunde nach der Verletzung eintrat. Nach fruchtlosen Versuchen, das deprimirte Knochenstück zu reponiren, wurde ein nasser Charpieverband angelegt. Unter solcher Therapie heilte die Wunde per secundam int. in 20 Tagen ohne andere Störung, als leichtes Fieber in den ersten 4 Tagen. Ueber nachträgliches Auftreten von Hirnsymptomen ist nichts gesagt. **Escher** (Triest).

T. de Amicis. Di un caso di sifiloderma condilomatoso frambesiaco del cuojo capelluto ecc.

(Annali clinici anno I. p. 81.)

Eine 23jährige Frau bot kurz nach ihrer Verheirathung die verschiedensten Symptome von Syphilis dar. Am interessantesten war eine ausgedehnte Frambösie, welche nahezu den halben behaarten nunmehr haarlosen Kopf einnahm. Auch am Gesicht waren einzelne Wucherungen. Anatomisch untersucht bestand die Geschwulst wesentlich aus hypertrophischen langen, gespaltenen Papillen, welche mit zahlreichen Kernen infiltrirt waren. Makroskopisch ist der Vergleich mit Erdbeeren am zutreffendsten. Die Wucherungen bildeten sich zurück nach Gebrauch von Sublimatinjectionen, welche vorwiegend in der Rückengegend vorgenommen wurden. Aeusserlich wurden gegen den Schluss der Behandlung Jodbepinselungen vorgenommen. **Menzel** (Triest).

M. Semmola. Sulla cura delle cisti idatidee del fegato.

(Annali clinici dell' ospedale Incurabili Anno I. p. 1—18.)

An einem 44jährigen Manne, der an einer sehr grossen Echinococcuscyste der Leber litt, versuchte S. die Elektrolyse nach dem Vorschlage englischer Aerzte, in der Idee, dadurch den Echinococcus zu tödten und die Flüssigkeit zur Resorption zu bringen. Es wurden innerhalb eines Monats zwei und zwanzig Mal die Nadeln eingestochen und der Strom jedes Mal 10—20 Minuten einwirken gelassen. Nach der ersten Woche trat eine ziemliche Abnahme der Geschwulst ein, welche sich auch in der zweiten Woche erhielt; darauf vergrösserte sich aber die Cyste wieder bis über das ursprüngliche Maass. Es war unmöglich, die Elektrolyse fortzusetzen, wegen des heftigen Reizes, welcher von den Einstichsstellen aus sich auf die Haut ausgebreitet hatte. Die Cyste vereiterte und man musste zur Incision schreiten, welche zur Heilung führte.

Verf. ist daher kein Freund der Elektrolyse; er empfiehlt jedoch die Acupunctur als eines der besten Mittel, um Adhäsionen zwischen Cystenwand und Peritonäum zu erzeugen. Aus einem Versuche an eben diesem Kranken geht hervor, dass auch, wenn der Organismus mit Jod geschwängert ist, doch in der Echinococcusflüssigkeit kein Jod nachweisbar ist. Es wäre daher ein vergebliches Beginnen, durch Jod eine Aufsaugung hervorbringen zu wollen.

Menzel (Triest).

G. W. Kemper. Case of movable, or »floating« kidney.

(The Americ. Journal of the med. scienc. 1876. July.)

Mrs. H. 26 Jahr alt, zarte Frau, im 3. Monate schwanger. Seit 6 Wochen hat sie einen Tumor in der rechten Seite bemerkt, der sich leicht hin und her schieben liess. Die Untersuchung ergab eine bewegliche Niere, welche mit jedem Athemzuge sich auf- und abwärts bewegte. Mit der Hand konnte sie bis unter den Nabel, sowie mehrere Zoll nach rechts und links geschoben werden. Im Stehen verursachte die Geschwulst ein ziehendes unbehagliches Gefühl.

Lossen (Heidelberg).

H. Hutchinson. A case of cancer of the pylorus in which great relief followed the whasing out of the stomach with dilute alkaline solutions.

(Read before the Path. Soc. 1876. February.)

(Philadelphia med. Times 1876. No. 222. May. p. 414.)

Eine 32 Jahr alte, seit 4 Jahren verheirathete Frau, welche 2 Mal abortirte und ein todtes Kind geboren hatte, klagte seit dem Juni 1875 über Magenschmerzen, über Erbrechen schwarzbrauner Massen 1—2 Stunden nach jeder Mahlzeit und über Verstopfung. Glaubersalz, Bromkali u. s. w. bei restringirter Diät schafften keine Linderung. Im November wird nach Kussmaul's Vorschlag der Magen mit Natr. bicarb. (3,75 : 1000,0) unter Anwendung der Magenpumpe alle 2 Tage mehrfach ausgespült. Fortsetzung dieser Behandlung 7 Wochen lang bis zum Tode. Erbrechen erfolgte in dieser Zeit nur noch 3 Mal. Die Schmerzen hörten fast ganz auf, der Appetit und die Verdauung wurden besser. Pat. fand sich bei dieser Behandlung so wohl, dass sie die regelmässige Wiederholung verlangte. War der Magen geleert, so konnte durch die Bauchdecken hindurch der harte bewegliche Tumor unter dem Rippenbogen gefühlt werden. Er lag bald rechts, bald links von der Mittellinie. Die Section ergab eine carcinomatöse Geschwulst, welche circulär die ganze Pylorusgegend einnahm, mit Ausbreitung in die Leber hinein. Pylorus für Flüssigkeiten und feste Massen leicht passirbar, dagegen war das Duodenum nach abwärts in einem scharfen Winkel durch narbige Stränge abgeknickt, derart, dass bei stark ausgedehntem Magen kein Inhalt, bei wenig ausgedehntem sehr leicht der Mageninhalt passiren konnte.

Fischer (Strassburg i./E.).

Johnen. Penetrirende Bauchwunde mit Vorfall des Netzes. Heilung ohne Reposition.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. VI. p. 598.)

Ein Mann von 32 Jahren bekam einen Messerstich in den Bauch etwas unterhalb des Nabels und nach links von demselben. Der entstandene Netzvorfall von der Grösse eines Gänseeies wurde von 2 umschlungenen Nähten, welche die Wundränder vereinigten, mitgefasst, und wurde vollständig brandig. Es bildete sich ein Abscess um die Wunde, dann genas der Kranke.

Gersuny (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 3. Sonnabend, den 20. Januar. 1877.

G. Fischer. Chirurgie vor 100 Jahren. Eine historische Studie.

Leipzig. **F. C. W. Vogel.** 1876.

In einer Zeit, in welcher, wie Verf. mit Recht hervorhebt, geschichtliche Studien bei Lehrern und Lernenden leider allzu sehr in den Hintergrund zu treten scheinen, haben wir alle Ursache, das vorliegende Buch doppelt willkommen zu heissen. Wie F. selbst sagt, schrieb er das Buch in der Ueberzeugung, »dass wir jüngeren deutschen Wundärzte von Geschichte der Chirurgie sehr wenig, von Geschichte der deutschen Chirurgie fast gar nichts wissen«. Verf. hat in seinem vortrefflichen Buch die Chirurgie vor 100 Jahren namentlich mit Rücksicht auf Deutschland geschrieben, er schildert also eine Zeit, wo sich in unserem Vaterlande die ersten Anfänge wissenschaftlicher Chirurgie entwickelten. Das Buch umfasst das ganze 18. Jahrhundert in der Weise, dass die zweite Hälfte des Saeculums als die wichtigere »im Hauptgrunde des Bildes« erscheint. Im ersten Theile des Werkes ist

die Geschichte des chirurgischen Standes, im letzten die der chirurgischen Wissenschaft vorwiegend geschildert. Ref. gereicht es zu besonderer Freude, zu bekennen, dass er die Lectüre des lebendig geschriebenen Buches mit besonderem Interesse verfolgt hat und der Ansicht ist, dass das Bestreben des Verf., auch der deutschen Chirurgie ein nationales Denkmal zu setzen, aufrichtigen Dank verdient. »Die deutsche Chirurgie soll ihre Jugend nicht vergessen und die Träume und Kämpfe ihrer Kinderjahre in heiliger Erinnerung halten.«

Der reiche Inhalt des Werkes gruppirt sich in folgender Weise: I. Doctor und Barbier. II. Der Marktschreier. III. Auf der Universität. IV. Notizen über Hospitäler. V. Chirurgischer Unterricht und Litteratur. VI. Lorenz Heister und Zeitgenossen. VII. Der Aufschwung der deutschen Chirurgie unter A. Gottlieb Richter. VIII. Professoren der Chirurgie und praktische Wundärzte. IX. Die Académie royale de chirurgie in Paris. — Pierre Joseph Desault. X. Englische Chirurgie. — John Hunter. XI. Kriegschirurgie unter Friedrich dem Grossen. XII. Französische und englische Kriegschirurgie. XIII. Deutsche Medicin. XIV. Entzündung und Wunden. XV. Krankheiten der Knochen, Gelenke und Muskeln. XVI. Krankheiten der Gefässe, Nerven und Haut. Neubildungen. XVII. Krankheiten des Kopfes und Gesichts. XVIII. Krankheiten des Halses, der Brust und des Unterleibs. XIX. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane und des Mastdarms. XX. Schusswunden, Amputation, Exarticulation, Resection. — Es würde uns zu weit führen, wollten wir uns auf eine ausführlichere Besprechung des Buches einlassen. Aus der vorstehenden Inhaltsangabe dürfte schon auf den ersten Blick zur Genüge hervorgehen, dass Verf. bestrebt gewesen ist, den verschiedenartigsten Ansprüchen gerecht zu werden. Wir empfehlen das Studium des Buches auf das angelegentlichste. Was dürfte es Interessanteres und Lehrreicheres geben, als einen genaueren Einblick in den schwankenden Entwicklungsgang unserer Wissenschaft zu gewinnen, zu vergleichen zwischen Sonst und Jetzt. Leider erfahren wir bei diesem Studium aber allzu oft, dass die Wissenschaft nur langsam fortschreitet; Wahrheiten werden vergessen und müssen von Neuem entdeckt werden, wenn geschichtliche Studien vernachlässigt werden. Ein wichtiger Grund mehr, den Sinn für genetische Forschung, für historisches Interesse zu wecken resp. lebendig zu erhalten und dem vorliegenden Buch unsere vollste Aufmerksamkeit zu schenken. **Tillmanns** (Leipzig).

J. Hilton. On Rest and Pain. — 1877.

Es ist obiges Buch die zweite durch W. H. A. Jacobson veranstaltete Ausgabe von Vorlesungen, welche H. über den Einfluss der mechanischen und physiologischen Ruhigstellung der verschiedenen Körpertheile bei Verletzungen und sonstigen chirurgischen Er-

krankungen derselben, sowie über den diagnostischen Werth der differenten Schmerzempfindungen gehalten hat. — In Bezug auf letztere unterscheidet H. denjenigen Schmerz, der durch eine locale Entzündung bedingt wird und stets mit entsprechender localer Temperatursteigerung vergesellschaftet ist, und den sympathischen Schmerz, bei welchem eine Miterregung der schmerzempfindenden Nerven eines Körperabschnittes durch die Erkrankung eines entfernteren Theiles in Frage kommt. Ist es möglich, auch den Sitz dieses sympathischen Schmerzes und die entsprechenden Nervenbahnen zu localisiren, so wird man hierdurch oft in der Lage sein, bis zum wirklichen Erkrankungsherd vorzudringen.

Hierauf beschreibt Verf. eine Methode zur Eröffnung tiefliegender Abscesse, die er viele Jahre hindurch mit bestem Erfolg im Guy's Hospital angewendet hat. Nach Anlegung eines entsprechenden Hautschnittes und Spaltung von Bindegewebslagen und Fascienblättern stösst H. eine Hohlsonde durch die geschwollenen Theile in die Tiefe, bis das Hervordringen von Eiter anzeigt, dass die Spitze des Instrumentes in der Abscesshöhle sich befindet. Nun wird an der Hohlsonde entlang eine Kornzange in die Tiefe geführt und durch Spreizen der Zangenarme die Oeffnung in der Wand der Abscesshöhle so weit auseinandergezerrt, dass der eitrige Inhalt frei ausfliessen kann. (Ein Verfahren, welches nach Roser's Vorgang in Deutschland seit langer Zeit gekannt und geübt wird. Red.) Als Beispiel der physiologischen Ruhigstellung erkrankter Theile zu Heilungszwecken führt H. die von ihm als »painful irritable ulcers« bezeichneten Geschwüre an, die er von den einfach entzündeten schmerzhaften Ulcerationen unterschieden wissen will. — Im ersteren Falle soll es sich um in der Geschwürsfläche blossliegende Nervenenden handeln. — Man soll durch Palpation mit einer geknöpften Sonde von dem Ort, wo die schmerzhaften Nervenenden zu Tage treten, sich überzeugen. Durchtrennt man dann die zugehörigen Nervenbahnen, sei es innerhalb oder ausserhalb des Geschwüres, jedenfalls aber in der Richtung nach dem Rückenmark zu, so verlieren die Geschwüre ihre Schmerzhaftigkeit und heilen rasch. — Fistulöse Wundcanäle und Abscesshöhlen, die wegen der Contractionen benachbarter Muskeln nicht zur Ausheilung gelangen, behandelt H. durch »mechanische Ruhigstellung«, indem er durch Verbände die Höhlenwände gegen einander drückt und so dieselben dauernd immobilisirt. Gegen Muskelkrämpfe, die häufigen Begleiter von Gelenkerkrankungen, empfiehlt H. das Bepinseln der Haut über den Gelenken mit starken Anodynis, indem er meint, dass dieselben Nerven, welche die um das Gelenk liegenden Muskeln versorgen, gleichzeitig in der Haut über den Gelenken, sowie im Innern der Gelenke selbst sich verbreiten. — Chronischen verschleppten Entzündungen, sowie wiederholten mechanischen Schädlichkeiten räumt Verf. unter den ätiologischen Momenten für Gelenkerkrankungen eine grössere Rolle ein, als dyskrasischen Ursachen, wie z. B. der Scrophulose. H. theilt

zahlreiche Fälle mit, wo es ihm gelang, verschiedene Gelenkerkrankungen in Heilung (mit definitiver Ankylose) überzuführen, nur durch andauernde Ruhigstellung der Gelenke, selbst da, wo die bei Bewegungen wahrnehmbaren Reibegeräusche auf Destruction der Gelenkoberflächen hindeuteten.

(Obiges Referat, das für deutsche Leser nur Bekanntes bringt, verdanken wir der Güte des Herrn E. Cresswell Baber in Brighton. Red.)

J. H. Packard. Some practical hints on the treatement of fractures.

(Read before the Philad. County med. Society 1876. April.)

(Philadelphia med. Times 1876. July 8. No. 225. p. 481.)

Bei Fracturen des coll. hum. chir., bei welchen das obere Fragment durch den Zug der an den Tuberkulis sich ansetzenden Muskeln nach aussen gezogen und nach innen rotirt wird, während das untere Fragment nach oben und innen weicht, will P. eine innere Schiene anbringen, welche oben eng und abgerundet, ganz genau in die Achselhöhle passt und möglichst hoch in dieselbe hinaufragt. Durch Heftpflasterstreifen soll das obere Fragment umfasst, in seine richtige Lage gezogen, die Streifen nach innen um die Schiene herumgeführt werden. Bei jungen Leuten, wo die Gebrauchsfähigkeit des Armes so wichtig sei, und daher das durch Muskelzug dem Acromion genäherte Tub. maj. wieder möglichst weit von demselben entfernt werden müsse, um vollständige Elevation zu erzielen, soll unter Umständen in die Aussenfläche des obern Fragments durch die Weichtheile hindurch ein Stahlstift eingetrieben und mittelst desselben das Fragment in seiner richtigen Lage an der innern Schiene befestigt werden. Das untere Fragment soll im Winkel von 45° vom Thorax abstehn, was durch eine winkelig gebogene Hohlschiene zu erreichen ist, deren eine Hälfte am Thorax mittelst Heftpflaster befestigt wird, während die andere den Arm aufnimmt. Der Winkel derselben kommt (wie bei Middeldorpf's planum inclinatum duplex) in die Achselhöhle zu liegen.

Bei Fracturen des unteren Humerusdrittels, wo die Fragmente einen nach vorn vorspringenden Winkel bilden, der an und für sich sowohl, als durch Callusmassen dem proc. coron. ulnae bei Flexionsbewegungen im Wege steht, schlägt P. eine äussere Schiene von dickem Pappdeckel vor, welche dem Ellenbogen entsprechend im rechten Winkel gebogen, an Vorderarm und Hand nach unten umgeschlagen wird. Der Humerustheil der Schiene soll 3 mal so breit sein, als der Oberarm. An der oberen hinteren Ecke soll ein Querstück stehen bleiben, das um das Olecranon und die untere Humerusepiphyse herumgeschlagen wird. Es kann auch durch Heftpflaster ersetzt werden; in schwierigen Fällen soll ein Stahlstift in das untere Fragment hinten eingetrieben werden, mittelst dessen man das Frag-

ment in seine richtige Stellung bringt. Der übrige Theil der Schiene (vordere obere Ecke) wird nach vorn um die Fragmente herumgelegt und dadurch die Winkel-Stellung der Fragmente aufgehoben. (Die Abbildung vergl. im Original.) Manchmal lasse sich der Zweck der Schiene durch Fixation des Vorderarms an den Oberarm in spitzwinkeliger Beugung erreichen. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

G. Callender. Remarks on the treatment of abscesses by hyperdistension with carbolised water.

(Brit. med. association.)

(British med. Journal 1876. Vol. II. p. 579.)

Verf. empfiehlt lebhaft, Bezug nehmend auf eigene Fälle, Abscesse mit jauchiger Infiltration der Umgebung, mit buchtigen Wandungen oder sinuösen Gängen dadurch gründlich zu reinigen, dass man nicht wie gewöhnlich eine einfache Ausspritzung macht, sondern dass man die Abscesshöhle, nachdem der Eiter durch leichten Druck entleert ist, mit Carbolwasser 1 : 30 vermittelst einer Spritze vollkommen anfüllt, indem man die Ränder der Incisionswunde an das Ansatzrohr der Spritze fest andrückt. Nach vollkommener Anfüllung wird das Carbolwasser herausgelassen; fliesst es nicht ganz klar ab, dann wird eine zweite resp. dritte Anfüllung gemacht. Ein Drainrohr führt man dann in die Abscesshöhle, darüber kommt ein doppelt gefaltetes Stück Lint in Carbolöl (1 : 12) getaucht und über dieses eine Schicht Gummipapier. Der ganze Verband soll durch Heftpflasterstreifen oder eine Binde befestigt und nach Bedarf erneuert, dabei das Drainrohr entsprechend gekürzt werden. Nach C.'s Erfahrung hört alsbald die eitrige Absonderung auf, um einer geringen serösen Secretion Platz zu machen. **Pilz** (Stettin).

F. Busch. Experimentelle Untersuchungen über die Entzündung des Knochens.

(Vortrag in der Berliner med. Gesellsch. am 18. Oct. 1876.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1876. No. 49.)

B. bohrte die Markhöhle von Röhrenknochen an und reizte galvanokaustisch oder durch Einführen von Laminariastiften. An der entstehenden Entzündung betheiligten sich Periost, Mark und Knochenrinde. Das Periost und Mark zeigen dabei osteogene Thätigkeit, in der Knochenrinde erweitern sich die Gefässcanäle, die Gefässe vergrössern sich und das dieselben begleitende Bindegewebe wuchert. Nie hat aber Verf. Betheiligung der Knochenkörperchen an den Veränderungen gesehen. Gegenüber der lebhaften Gewebewucherung aller drei Factoren tritt Eiterung überall erst in zweiter Linie auf oder fehlt; der Charakter ist also hyperplastisch, und nirgends tritt die entzündliche Neubildung deutlicher zu Tage, als am entzündeten Perioste. **v. Mosengeil** (Bonn).

Maunder. On subcutaneous osteotomy (Medical Society).

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 609.)

M. stellt 3 Patienten, 16, 21 und 24 Jahr alt, vor, bei welchen er wegen schlechter Stellung des Beines nach ausgeheilter Coxitis subcutan nach Volkmann's Vorgang den Oberschenkel unter dem kleinen Trochanter mittelst Meisel durchtrennt hatte. Die Combination anderer Methoden, wie subcutane Tenotomie, Streckung in der Narkose, Streckung durch permanente Extension hatten ihn im Stiche gelassen. In sämmtlichen 7 Fällen hat M. über gute Erfolge zu berichten. In allen Fällen wurde die bisher bestandene Lordosis-Stellung aufgehoben; sämmtliche Pat. konnten mit erhöhter Ferse gut und sicher gehen; nur in 2 Fällen — Mangel an genügender Vorsicht — trat leichte Eiterung ein. — In der Discussion sprechen sich Golding-Bird und Annandale für den Gebrauch des Meisels aus, letzterer aber gegen die subcutane Durchmeiselung, weil sehr häufig die Correction durch Herausnahme eines Keils erreicht werden könne, andererseits durch antiseptische Massnahmen jede Gefahr verhindert werden könne. Adams dagegen plaidirt für die Stichsäge und kann nicht finden, dass die Stellung der Wirbelsäule durch Maunder's Verfahren besser corrigirt werde, als durch andere Verfahren. Er glaubt, dass die Methode nicht im Stande sei, eine lange Zeit bestandene schlechte Stellung der Wirbelsäule bei Leuten, die über 25 Jahre alt sind, aufzuheben. **Pilz** (Stettin).

Buchka. Ueber die Exstirpation des Zungenkrebses.

Inaug.-Diss. 1876. Tübingen.

In den letzten 25 Jahren sind in der Tübinger chirurgischen Klinik 18 Zungenkrebse exstirpirt worden, 13 mal bei Männern, 5 mal bei Frauen, darunter 1 Fall unter 40 Jahren, 6 unter 50 Jahren. Durch den Mund wurden operirt: 8, davon sind 7 geheilt entlassen worden; der Eintritt von Recidiven nach $^1/_2$ Jahr wurde bei 2 derselben in Erfahrung gebracht. Mit künstlichem Zugang sind 10 Krebse exstirpirt worden, theilweise in enormer Ausdehnung; nur 4 von den 10 Operirten blieben am Leben und bei 3 derselben kamen Recidive nach einigen Wochen bis Monaten zur Kenntniss. Am ungünstigsten verliefen die Fälle mit Unterkiefertrennung: es starben 3 von 4 Operirten. — Eine sehr eingehende Dissertation, welche 218 Fälle von Zungenkrebs zusammenstellt, ist 1864 in Tübingen von Sigel geschrieben worden. **Mögling** (Tübingen).

Miculicz. Beitrag zur Genese der Dermoide am Kopfe.

(Wiener med. Wochenschrift 1876. No. 39—44.)

Verf. wurde zu seiner Arbeit durch Beobachtung eines Falles von Dermoidcyste in der Substanz des Unterkieferknochens veranlasst.

Der Fall betraf eine 19jährige Ungarin; dem palpirenden Finger schien die Geschwulst hart wie Knochen, dem schneidenden Messer weicher, da sich die papierdünne Knochenlamelle über derselben leicht eindrückte. Concentrisch, feinblättrig geschichtete Massen von weisser Farbe mit Perlmutterglanz und ziemlich trocken füllten die taubeneigrosse Höhle; die umgebende feinfasrige Membran wurde theils abgeschabt, theils mit der Pincette abgestreift. Die Höhle füllte sich durch Granulationen; es blieb kein für's Auge wahrnehmbarer Defect. Mikroskopisch zeigte sich die Cystenwand nach dem Typus der äusseren Haut gebaut, der Inhalt bestand aus auf einander geschichteten Epithelmassen, Fettkügelchen und Cholestearin. — Cholesteatome und Dermoide sind nach M., wenn auch anatomisch zu unterscheiden, genetisch identisch. Von der Remak'schen Entstehungstheorie der Dermoide durch Abschnürung der Oberhautzellen ausgehend, führt Verf. Virchow's Controversansicht an, nach welcher die Entstehung der Epidermiselemente direct vom Bindegewebe erfolgt, und Heschl's Beobachtungen, welche Remak's Ansichten stützen. Letzterer sucht die Häufigkeit der Dermoide am Kopfe mit der reichlichen Haarbildung daselbst in Zusammenhang zu bringen. Im Ganzen stellte es sich heraus, dass drei Arten von Entstehungsursachen der Dermoide zu unterscheiden sind: 1) durch Schliessung der Leibeshöhlen in der Mittellinie des Körpers, 2) durch Schliessung von Hohlgängen und Spalten, die während des Fötallebens mit Epithel bekleidet sind, und 3) durch abnorme Einstülpungen von Epidermis. Zur letzteren Art werden die meisten Dermoide des Schädels gehören, und sie bildet das Hauptobject von M.'s Untersuchungen. Die Topographie des Vorkommens von Dermoiden in Knochen betreffend, zeigt es sich, dass nur einzelne, bestimmte Schädelknochen betroffen werden, besonders das Schläfenbein und die Orbitalgegend, andere, z. B. das Scheitelbein, absolut frei bleiben. Physiologische Vorgänge, welche näher erörtert werden, geben im Embryonalstadium Gelegenheit zu epidermoidalen Abschnürungen, auf welche diese örtlich zusammengehörigen Fälle zurückzuführen sein dürften. Diese Vorgänge sind die Einstülpungen, aus welchen die Primäranlagen des Labyrinths, der Linse und die sogenannten Riechgrübchen entstehen. Analoges wird über die Beziehungen der Dermoide am Halse zu den Kiemenbogen gesagt. Es mag noch erwähnt werden, dass in der Ohrgegend sowohl Dermoide vorkommen, welche vom obersten Kiemengange, als solche, welche vom primären Labyrinthe abzuleiten sind. — Ausser den Dermoiden in der Nähe der Sinnesorgane, also den auf Anomalien in den Anlagen dieser Organe zu beziehenden, sind noch die Dermoide in Betracht zu ziehen, die an der grossen Fontanelle, sowie am und im Hinterhauptsbein vorkommen. Die Abschnürungen an diesen Stellen schliessen sich an kein physiologisches Paradigma, aber müssen ihres typischen Sitzes wegen zu Entwicklungszuständen in Beziehung stehen. Mit Oberhautzellen angefüllte Einsenkungen zwischen den sich differenzirenden Partien der Hirnmasse geben hin-

längliche Erklärung für ihre Entstehung. — Von den Knochen nehmen physiologisch nur Schläfebein, Ober- und Unterkiefer epidermoidale Elemente in sich auf, die letzteren nämlich die Schmelzkeime. Der Ableitung eines Dermoids des Unterkiefers von diesen stellt sich aber das Bedenken entgegen, dass unter mehr als 50 Follicularcysten, die aus entarteten Zahnkeimen hervorgingen, sich keine einzige Dermoidcyste findet. Verf. deducirt jedoch schliesslich, dass ein Dermoid der Mandibula, das nicht in deren Medianebene sitze, nur von einem Schmelzkeim abgeleitet werden könne.

Als allgemeine Grundsätze, die sich aus seiner Darstellung ergeben, führt M. an, dass das Hornblatt von einer gewissen Zeit seiner Entwicklung an in morphologischer Hinsicht als einheitliches Organ anzusehen sei, dass alle Epidermistheile dann gleichwerthig seien; die Abkömmlinge differenziren sich in Folge specieller Einflüsse der Nachbargebilde. Fehlen die Bedingungen für typische Ausbildung, so entsteht der gewöhnliche Typus des Dermoids mit cutisähnlichem Balge. Auf die Entstehung des Dermoids habe kein Gewebe an und für sich Einfluss, nur die Region sei bestimmend; doch wirkt das Gewebe, welches zum Sitze eines Dermoids wird, alterirend auf dessen Entwicklung.

In praktischer Hinsicht sind Dermoide des Kopfes, falls sie nicht zu sehr wachsen, an und für sich bedeutungslos, mit Ausnahme der Dermoide des Schläfebeins, welche, wenn sie überhaupt diagnosticirt werden, immer mit entzündlichen Zuständen combinirt sind und dann leicht den Tod zur Folge haben können. **v. Mosengeil** (Bonn).

Kirchner. Ueber Ohrpolypen.

(Bair. Aerztl. Intell.-Blatt 1876. No. 33. p. 341.)

Einer längeren Abhandlung über Ohrpolypen folgt die Mittheilung von 8 eigenen Fällen.

Ob Polypen ohne Eiterung, spontan entstehen können, lässt Verf. unentschieden; bei Fall 1 und 4, wo ein Polyp einmal nach Böllerschuss, das andere Mal nach Schlag aufs Ohr entstanden war, spricht er die Vermuthung aus, dass hier Perforation des Trommelfells mit nachfolgender chronischer Entzündung die Grundursache abgegeben habe. Im Fall 2 wurden schwere Krankheitssymptome wie Schüttelfröste, Erbrechen etc. nach Excision des Polypen beseitigt; allein es bestand eine gesonderte, eitrige Entzündung in den Zellen des processus mastoideus fort, die eine längere Behandlung erforderte. Der Fall 6 berichtet über recidivirende Polypen mit abnormem Ausgangspunct; in Fall 8 fanden sich links nur Granulationen, rechts ein Polyp vor.

Die Therapie war in 7 Fällen Excision mit der Wilde'schen Schlinge, Aetzung des Stiels, länger fortgesetzte Einträufe-

lung von Adstringentien und Luftdouche. In Fall 5 verweigerte Pat. die Excision mit der Schlinge; es wurde hierauf der Polyp durch Liquor ferri sesquichlorati (1 : 50,0 aqu.) zum Schrumpfen gebracht.

Die Resultate waren meist befriedigend.

Mögling (Tübingen).

C. Colomiatti. La diffusione del cancro lungo i nervi.

(Giornale della r. accademia di Med. Torino 1876. No. 27.)

Zum Theil ist der Inhalt dieses Aufsatzes schon durch frühere Mittheilungen bekannt geworden (id. — 1874, No. 2 und Gazz. d. cliniche 1874 — 1. Dec.). Verf. hat 22 Fälle von Uteruscarcinom untersucht. Nur in 5 von diesen hatte sich der Krebs nicht längs des Sympathicus verbreitet; in keinem waren die im Becken verlaufenden Spinalnerven ergriffen. Nur in zwei von diesen Fällen waren starke Venenstämme vom Krebs perforirt, und fanden sich in beiden etliche Knoten in den Lungen und Krebszellen in den Gerinnseln der Pulmonarvenen und des rechten Herzohrs. In allen Fällen war der Krebs in den Lymphdrüsen (Lymphwegen) weiter vorgeschritten, als in den Nerven. Wenn die Ganglien des plexus solaris degenerirt sind, so können die Krebszellen entweder in die Bahnen des plexus utero-ovaricus und renalis, oder in jenen des plex. hypogastricus und lumbo-aorticus dahingelangt sein. Wie schon erwähnt, fanden sich die Spinalzweige des plex. hypogastr. niemals erkrankt. Wenn sich also Spinalnerven wirklich erkrankt finden, so ist es nicht wahrscheinlich, dass die Krebszellen in dem Uterus selbst die Nervenbahnen betreten haben, sondern dass beim Umsichgreifen des Krebses auf die Nachbargewebe die Krebszellen direct in den Nervenstamm eingedrungen seien. Die Krebszellen kriechen vorzüglich in dem Lymphraume des Perineurium, welcher unmittelbar an die Nervenbündel selbst grenzt. Auf dem Querschnitt sieht man demnach in der Mitte die Nervenbündel, ringsum eine dünne Schicht Perineurium, dann einen Hof von Krebszellen und endlich nach aussen die eigentliche Masse des Perineuriums. Auch in den Ganglien pflanzen sich die Zellen längs der Lymphwege fort. Ebenso bei Gesichtskrebsen hat Verf. die Verbreitung längs der Nerven nachgewiesen. Besonders interessant war in einem Falle die Erkrankung des Unterkiefernerven, dessen Lymphräume gewissermassen eine natürliche Injection darboten, ganz ähnlich den Bildern, wie sie Key und Retzius künstlich darstellten. Verf. schliesst mit der Aufstellung des Satzes, dass einer der Verbreitungswege des Krebses das Lymphsystem der Nerven ist, ganz unabhängig vom übrigen Nervensystem.

Menzel (Triest).

Lippincott. A case of phthisis, with a vomica communicating with a gaseous tumor on the anterior aspect of the chest.

(Philadelphia med. Times 1876. October 28. No. 233. p. 25.)

Ein 57jähriger Mann, welcher vor 6 Jahren einen Typhus durchgemacht hatte, behielt ein chronisches Brustleiden zurück. Starke Abmagerung. Im August 1875 trat Schwellung zunächst in der rechten Schulter, dann in dem Ellenbogen- und im Hand-Gelenk ein; die Gelenke wurden schmerzhaft und steif, die Muskeln, besonders der M. deltoideus, atrophisch. Im Februar 1876 bildete sich an der rechten Thoraxhälfte eine schmerzhafte, runde, $5^1/_2''$ im Durchmesser betragende Geschwulst, deren oberer Rand an die Clavicula, deren unterer bis über die 3. Rippe reichte; nach innen erstreckte sie sich bis ans Sternum. Sie war elastisch, stark gespannt, hatte die Pectoralmuskeln durch Druck zur Atrophie gebracht und zeigte tympanitischen Percussionsschall. Mai 1876. Alle sonstigen physikalischen Zeichen sprechen für eine grosse mit Luft gefüllte Höhle. Rechte Lungenspitze ebenfalls afficirt. Starker Auswurf schleimig eitriger, zuweilen blutiger Massen. Ende Mai Punction mit Aspiration. Es entleerte sich geruchlose Luft. Druckverband; etwas Hautemphysem folgte. 2 Tage später war wieder Luft in der Höhle, die sich jedoch unter hörbarem Geräusch durch eine Oeffnung zwischen der 1. und 2. Rippe, $1^1/_2''$ vom Sternalrande in den Thoraxraum (Caverne) zurückdrücken liess. Von jetzt ab trat Besserung ein. Mitte Juni konnte Pat. ausgehen. (Aehnliche Fälle sind von Hutchinson in der Philadelphia med. Times 1874. May; ferner von Bricheteau, im New-York med. Journal 1876. Januar, und von Senator, Virch. Arch. 1872 beschrieben.) Im October war die Geschwulst plötzlich stark angeschwollen, entzündete sich und brach nach aussen auf, dicht am Sternum, entsprechend dem 2. Intercostalraum; es entleerte sich mit Luft gemischter Eiter, worauf grosse Erleichterung folgte. Der weitere Verlauf wird später beschrieben werden.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Boissarce. Note pour servir à l'histoire des fibroides intrauterins.

(Annales de Gynécol. 1876. Septbr.)

Indem Verf. mit Hinblick auf einige in der Litteratur befindliche, unglückliche Fälle von totaler Entfernung grosser intrauteriner, gestielter Fibroide darauf hinweist, dass oft mit der Durchtrennung des Stieles Stücke aus der Uterussubstanz entfernt wurden und dadurch die Frauen zu Grunde gingen, plaidirt er für die allmälige Entfernung so grosser Geschwülste und bringt als Beleg folgende interessante Beobachtung:

Eine 41jährige, seit 20 Jahren verheirathete, sterile Frau litt an

enormen Blutungen und an einem fibrösen Uteruspolypen, der die Scheide vollständig ausfüllte und den Fundus uteri bis über den Nabel heraufdrängte. Da sich der in der Scheide befindliche Theil nicht vor die Vulva ziehen liess, so wurde er nach wiederholten Scheerenschnitten stückweise aus der Scheide entfernt. Auch danach war der Stiel in der Uterushöhle noch nicht erreichbar. Die Absicht aber, um den Geschwulstrest eine Schlinge zu legen, wurde dadurch vereitelt, dass sich derselbe in den nächsten Tagen in die Uterushöhle vollständig zurückzog.

Nach mehreren Monaten war der Tumor wieder bis zur Vulva vorgewachsen und ging wieder eine partielle Mortification ein. Wieder wird stückweise Entfernung vorgenommen, worauf sich das Collum wieder schloss. Später wiederholte sich derselbe Vorgang zum dritten Male.

Danach hörte der Tumor zu wachsen auf, und wurde immer mehr mit dem Eintritt der Menopause resorbirt. Die Blutungen hörten schliesslich gänzlich auf und das Allgemeinbefinden wurde durchaus befriedigend. **Leopold** (Leipzig).

G. Antal. Extraurethrotomie bei impermeabeler narbiger Strictur mit Hülfe der Brainard'schen Sondirung.

(Allgemeine med. Centralzeitung 1876. p. 325.)

Mittheilung einer erfolgreichen äusseren Urethrotomie mit Hülfe des Brainard'schen Katheterismus. Die Punction der Blase war vor einem Jahre gemacht worden. In der noch bestehenden Punctionsöffnung ($4\frac{1}{2}$ Ctm. oberhalb der Symphyse) lag zu der Zeit, wo die Operation vorgenommen wurde, ein elastischer Katheter No. 12, durch welchen Pat. nach Bedarf den Urin entleerte. — Nach Experimenten an der Leiche hält es Verf. bei der Brainard'schen Sondirung für vortheilhaft, wenn die Punctionsöffnung nicht 1 Ctm., sondern 3—4 Ctm. über der Symphyse liegt und mehr nach abwärts verläuft; an der Leiche gelangte A. in letzterem Falle am leichtesten von der Blase aus in die innere Urethralmündung. Endlich räth A. zur Sondirung nach Brainard eine an der Convexität mit einer seichten Rinne versehene Sonde zu benutzen, welche bei der eventuell vorzunehmenden Urethrotomie eine andere Hohlsonde entbehrlich mache. **Tillmanns** (Leipzig).

Davies-Colley. Case of traumatic aneurism of superficial femoral artery, recurrent after ligature and cured by laying open the sac.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 606.)

Ein Matrose, welcher vor 6 Jahren sich mit einem Messer am Oberschenkel verletzt hatte, bemerkte einige Tage später an dieser Stelle eine pulsirende Geschwulst, die langsam wuchs. Als mehr Schmerzen eintraten, musste er auf ärztlichen Rath liegen und es

wurde das Bein genau eingewickelt; 3 Monate besserten den Zustand nicht; es folgte aus einer Ulcerationsstelle Blutung. Ligatur der Femor. superfic.; am 4. Tage Nachblutung aus dem oberen Ende, das von Neuem unterbunden wurde; Heilung der Wunde. Nach 4 Monaten war der pulslos gewordene Tumor nur kleiner; nach 6 Monaten trat neues Wachsthum ein. In Kopenhagen wurde ein Compressorium an die Femoralis intermittirend angelegt, später elastische Bindeneinwickelung zu Hülfe genommen; innerhalb 4 Wochen wurde das auf die Hälfte seiner früheren Grösse verkleinerte Aneurysma pulslos und fest. Jetzt nach 3 Jahren liegt in der Mitte des Oberschenkels ein $1^1/_2''$ grosser, höckeriger Tumor, dessen Inhalt theils fest, theils flüssig ist, an einer Stelle erscheint die Haut verdünnt; zeitweise fühlt man Pulsation, die auf Compression der Femor. com. steht. In der Narkose wird jetzt der Sack freigelegt mit Entleerung flüssigen Blutes und fester Coagula. Die Wandung des Sackes ist verdickt, stellenweis verkalkt, mühsam wurde das untere aus dem Sack mündende offene Ende der Femor. superf. unterbunden, ebenso das obere Ende und 2 andere starke einmündende Gefässe. Anfangs hohes Fieber; nach 4 Monaten wird Pat. geheilt mit brauchbarem Beine entlassen. Puls ist in der A. tibialis post. und A. dorsalis pedis nicht zu fühlen. **Pilz** (Stettin).

J. Spence. Case of dislocation of knee-joint.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 534.)

Einem Bergmann ging das Rad eines Karren über das rechte Knie. Es fand sich die Tibia nach hinten dislocirt, die Blutcirculation im Unterschenkel nicht unterbrochen, ebenso die Sensibilität erhalten. Nachdem die Reduction in der Narkose nicht gelungen war, wurde Extension mittelst 16 Pfund durch 3 Tage angewandt, in der Hoffnung die Muskeln etwas nachgiebiger zu machen; neue Reductionsversuche mit der Hand und mit Flaschenzug führten in der Narkose zu keinem Ziele. Unter antiseptischen Massnahmen eröffnete S. mit halbmondförmigem Schnitte das Kniegelenk, dicht unter der Kniescheibe; die Gelenkhöhle war mit Blutcoagulis angefüllt, das lig. lat. int. zerrissen, der linke halbmondförmige Zwischenknorpel dislocirt. Nach Durchtrennung des lig. lat. ext. und einiger Sehnen gelang die Reduction leicht, die Wunde wurde vereinigt. Lagerung auf Schiene, antiseptischer Verband bis zum 7. Tage. Da putride Zersetzung des Secrets eintrat, so ging man jetzt zu einem einfachen Verband mit Carbolöl über. Es wurde schliesslich Ankylose in gestreckter Stellung erreicht. **Pilz** (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

J. H. Wharton. The treatment of aneurism by compression, illustrated by notes of two cases.

(The Dublin Journal of med. sciences 1875. Vol. LX. p. 504.)

I. Aneurism of the left popliteal artery.

Der 34 Jahr'alte Pat. bemerkte Ende Januar 1875 in seiner linken Kniebeuge eine Anschwellung und Pulsation. Ein Arzt behandelte ihn darauf 4 Monate lang nnerlich mit Jodkalium und local durch Compression der art. femoralis, ohne dadurch das Verschwinden der Pulsationen zu erzielen. Am 17. September kam der Kranke zu Wharton, von dem nun täglich etwa 12 Stunden lang Read's und Signoroni's Compressorium abwechselnd angelegt wurde, bis am 24. September, nachdem 82 Stunden 20 Minuten comprimirt war, die Pulsationen völlig aufhörten. Aus Vorsicht wurde noch an diesem und den beiden folgenden Tagen 29 Stunden die Compression fortgesetzt. Am 25. October verliess der Kranke an Krücken das Hospital.

II. Th. N. 40 Jahr alt, hatte seit einer vor 5 Jahren erlittenen Verletzung am Knie beständig Schmerzen daselbst; 8 Tage vor seiner Aufnahme in das Krankenhaus will er jedoch erst eine Pulsation in der rechten Kniekehle gefühlt haben. Man wendete Digitalcompression, Read's und Signoroni's Compressorium 5 Tage lang an, als die Geschwulst härter wurde und am 6. Tage die Pulsation aufhörte. Drei Wochen später konnte der Kranke geheilt entlassen werden.

H. Braun (Heidelberg).

B. Kraske. Zur Casuistik der retardirten intrauterinen Verschmelzung von Gesichtsspalten.

(Arch. f. klin. Chirurgie 1876. Bd. XX. Hft. 2.)

K. beobachtete bei einem 13jährigen Mädchen den folgenden Fall einer im späteren Foetalleben zur Vernarbung gekommenen ursprünglichen schrägen Gesichtsspalte. Die rechte Augenlidspalte stand schief, der innere Augenwinkel beträchtlich tiefer als der äussere. Am untern Augenlide bestand ein mit der Basis nach dem Lidrande gerichteter dreieckiger Defect, bis an die Papilla lacrymalis reichend. Der äussere Rand des Defects war länger, die Spitze abgerundet. Die anderen Theile der Orbita waren normal. Von der Spitze des Defects zog sich senkrecht nach unten, dicht am rechten Nasenflügel vorbei, ein weisser Narbenstreif, welcher in eine kleine Lippenspalte endete. Der rechte Nasenflügel war abgeplattet, der nach aussen von der Spalte liegende Theil der Oberlippe wulstig. Entsprechend der Spalte befand sich an der Innenseite der Lippe ein abnormes Frenulum. Aussen vom Ansatz des Bändchens befindet sich eine feine Oeffnung, aus welcher sich auf Druck eine geringe Menge klebriger, gelblicher Flüssigkeit entleert, eine Sonde gelangt 3,4 Ctm. hart am Knochen in die Höhe. — Am Oberkiefer war unter der verschiebbaren Narbe oben eine Knochenleiste, unten eine rinnenförmige Vertiefung zu fühlen. Der Alveolarbogen erschien vor dem rechten Eckzahn eingeknickt, der ganze rechte Oberkiefer etwas nach Innen gerückt. Am Zwischenkiefer fand sich ausser seinen 4 Schneidezähnen noch ein kleiner zapfenförmiger, überzähliger Zahn. **Maas** (Breslau).

Peabody. A case of fracture of the skull.

(Bost. med. and surg. Journal 1876. Vol. 2. p. 78.)

Ein 30jähriger Mann fiel in der Trunkenheit vom Wagen und zog sich eine Schädelfractur zu, welche im Verlaufe der Kranznath rechterseits 3" lang war und bis $1/2$" klaffte; Splitter hatten bis auf $1^1/_2$" die Gehirnhäute durchbohrt mit Austritt von Gehirnsubstanz. Einfacher Verband; das anfangs milde Delirium wurde stärker. Gehirnsubstanz stiess sich unter reichlicher, aber guter Eiterung noch weiterhin ab; die Kräfte wurden schwächer, die Excitation grösser; Pat. verweigerte jede Nahrung. Nach Anwendung von Chloral erfolgte Schlaf, Besserung des Zustandes, Heilung der Wunde. 24 Tage nach der Aufnahme konnte Pat. bis auf fortbestehende leichte Lähmung des linken Armes geheilt entlassen werden.

Pilz (Stettin).

Schütz. Schwere Kopfverletzung.

(Zeitschrift für Wundärzte und Geburtshelfer. 1876. Heft II. p. 123.)

Ein 3jähriges Mädchen erhielt durch Ueberfahren eine Verletzung in der Schläfengegend. Es fand sich ein Hautlappen von 6 Ctm. im Quadrat, zur Hälfte sammt dem Periost, abgehoben. Im Schläfenbein eine 4 Ctm. lange Fractur mit leichtem Eindruck der hintern Knochenpartie. Bewusstsein intact. — Anlegen von Näthen und Antiphlogose. — Der Lappen heilt auf 2 Seiten gut an, nach unten bleibt eine Fistelöffnung, aus welcher später einige Sequester bis zu 2½ Ctm. Breite extrahirt werden mussten. Hirnsymptome waren niemals aufgetreten. Heilung in 11 Wochen.

Derselbe: Verletzung durch den Blitz.

(ibid. p. 125.)

Einem beim Gewitter heimkehrenden Knecht fuhr der Blitz durch die Spitzen der auf der Schulter getragenen Heugabel herunter über Rücken, Waden, Fersen und Fusssohlen, wobei wegen des Nagelbesatzes der Stiefel die Fusssohlen am schwersten verbrannt erschienen. Kleider und Stiefel in Fetzen zerrissen, ⅔ der Rücken- und Gesässfläche verbrannt und theilweise von Haut entblösst. An einer Ferse eine 2 Ctm. tiefe Fleischwunde. Unter gewöhnlicher Behandlung vollkommene Heilung in 3 Wochen. **Mögling** (Tübingen).

G. A. Mursick. Two cases of excision of the coccygeal bones for Coccygodynia.

(The Americ. Journ. of the med. sciences 1876. January.)

I. Fall. Miss W. 29 Jahr, kräftig, fiel vom Stuhle auf den Boden und erlitt eine starke Contusion der Beckenweichtheile. Sie hatte seitdem fast immer Schmerzen in der Gegend des Mastdarms, die durch jede Bewegung der Rectalmuskeln gesteigert wurden. Ziehende Schmerzen an den Ovarien, grosse Reizbarkeit der Blase. Untersuchung per rectum ergab Empfindlichkeit des Os coccygis bei Druck, sowie eine Verschiebung der beiden untersten Wirbel. Bei der Exploration per vaginam fand man den Uterus stark nach vorn geneigt, auf die Blase drückend.

Da alle diese Beschwerden von dem Fall her datirt wurden, schienen die verschobenen Steissbeinknochen die Ursache zu sein. Mit einem Schnitt wurde der Anus bis zum Steissbein gespalten und die beiden untersten Knochen des letzteren entfernt. Vollständige Heilung.

II. Fall. Miss S., 25 Jahr, war vor 4 Jahren die Treppe hinunter gefallen. Verletzung des Os coccygis und Contusionen der benachbarten Weichtheile. Schmerzen im Rectum nach den Beckenorganen ausstrahlend. Dysmenorrhoe. Bei Untersuchung grosse Empfindlichkeit des Steissbeines; die beiden untersten Wirbel leicht beweglich. Uterus in normaler Lage.

Entfernung der beiden untersten Knochen des Os coccygis. Heilung der Coccygodynie. **Lossen** (Heidelberg).

Courty. Deux observations d'ablation de l'utérus inversé par la ligature elastique.

(Annales de Gynécologie 1876. Septembre.)

Bei einer jungen Frau, welche heimlich geboren hatte, war durch Zerren am Nabelstrang eine Inversio uteri hervorgebracht, die bereits 6 Monate bestand. Dieselbe liess sich zunächst weder durch die eigne Methode von C. (Fixation des Collum uteri mit 2 Fingern der linken Hand vom Rectum aus und Reposition des fundus uteri mit der rechten Hand), noch durch Luftpessar beseitigen. Daher wurde die Entfernung des Uterus beschlossen, wozu um das Collum ein Kautschukrohr von kleinem Caliber geschnürt wurde, das am nächsten Tage, ohne Schmerzen für die Frau, stärker zusammengezogen wurde. Unter täglichen desinficirenden Scheideninjectionen löste sich am 14. Tag der Uterus spontan vom Collum. Nach noch 14tägiger Bettruhe war die Kranke als geheilt zu betrachten.

Der Amputationsstumpf hatte sich zurückgebildet zu einem einer Vaginalportion ähnlichen Körper mit einer kleinen Oeffnung.

Der 2. Fall betrifft eine Frau mit 8 Monate langem Bestehen der Inversion, bei der nach der gleichen Methode das corpus uteri am 12. Tag bereits abfiel. C. zieht diese Methode den andern bekannten Entfernungsarten vor.

Leopold (Leipzig).

Kurz. Ein Fall von dilatatio urethrae.

(Memorabilien 1876. p. 414.)

Pat., eine Puella publica, konnte seit 2 Jahren den Urin nicht gut halten, beim Stehen und Gehen lief er tropfenweis ab. Seit derselben Zeit ist der Coitus schmerzhaft und von Harndrang und stärkerer Incontinenz gefolgt. Bei der Untersuchung dringt der Zeigefinger durch die sehr weite Harnröhre in die leere Harnblase. Im Scheideneingange liegt ein stark wallnussgrosser, fester, blaurother, mit Geschwüren und Excrescenzen bedeckter Tumor, der vom vorderen Scheidengewölbe ausgeht und das orif. urethrae überragend, zwischen den Labien sichtbar ist. In der kurzen Harnröhre trifft man einen theils vernarbten, theils geschwürigen Einriss; zwei ovale Excisionen hatten den Tumor etwas verkleinert. Die Excrescenzen wurden abgetragen, die Geschwüre mit Lapis behandelt, der Tumor selbst mit Jodtinctur gepinselt; das Geschwür in der Urethra vernarbte bald und es wurde der Harn jetzt etwas länger gehalten. Nach $^1/_4$ Jahre konnte Pat. stehend und gehend den Urin über 1 Stunde halten; der Tumor war fast geschwunden. — Da der Scheideneingang verlegt war, so war die Erweiterung der Harnröhre zweifellos durch den Coitus bewirkt worden. — **Pilz** (Stettin).

A. Turati. Due casi di riduzione in massa in ernie strozzate.

(Annali univ. medic. e chir. Vol. 237. Fasc. 710.)

Verf. operirte zwei Fälle von en masse reducirten Hernien, beides Inguinalhernien, die zweite mittelst Laparotomie, ohne jedoch das parietale Bauchfell zu eröffnen; er löste dasselbe vielmehr ab; bis er auf den Bruchsack kam. Der erste Fall starb, der zweite heilte. **Menzel** (Triest).

Sonnenburg. Grosses Cysto-Adenom der Cruralgegend.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. VII. p. 40.)

Eine Frau von 35 Jahren hatte an der vorderen und inneren Seite des rechten Oberschenkels eine grosse Geschwulst, die sich vom Lig. Poupartii bis zum mittleren Drittel des Oberschenkels erstreckte, und sich in $1^1/_2$ Jahr aus einem kleinen, schmerzlosen Tumor in der Schenkelbeuge entwickelt hatte. Bei der Exstirpation ergab sich, dass der aus zahlreichen Cysten zusammengesetzte Tumor in der Gegend des Schenkelringes breit aufsass, ohne durch denselben einen Fortsatz zu schicken.

Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich die Geschwulst als Cysto-Adenom. Die Vermuthung, dass es sich um die Degeneration eines Ovariums handle, wurde durch die Rectaluntersuchung bestätigt, indem das linke Ovarium deutlich tastbar war, das rechte aber fehlte. Der Uterus war durch einen rabenfederkieldicken Strang, der von ihm zur rechten Cruralgegend verlief, fixirt.

Gersuny (Wien).

Ch. B. Porter. Typical abscess of the head of the tibia; trephining, recovery.

(Bost. med. and surg. Journal 1876. Vol. 2. p. 86.)

Ein 15jähriger Knabe wurde von einer Kuh gestossen. Die Stelle unter dem rechten Knie begann nach einem Monate intermittirend zu schwellen und zu schmerzen. Jetzt war eine ausgesprochene Schwellung an der rechten Tibia nach innen von der Tuberositas, das Knie verhielt sich normal (Ruhe, spanische Fliegen). Nach 2 Wochen traten Fröste auf. Bei der nun vorgenommenen Operation fand sich an der oben bezeichneten Stelle das Periost auf $^1/_4''$ Dicke verdickt und geröthet; nach seiner Ablösung wurde eine $^3/_4''$ Durchmesser haltende Krone aufgesetzt; mit der Herausnahme des Knochenstücks entleerten sich 3—4 Drachmen Eiter. Pat. genas. **Pilz** (Stettin).

de Lacalle. Ventajas del aposito de goma laca del Dr. Creus etc.

(La gaceta de Sanidad militar 1876. p. 365.)

Im Spital zu Zamboanga erprobte Verf. an einzelnen complicirten Schussfracturen der Extremitätenknochen den von Creus empfohlenen Gummi-Lackverband (dessen nähere Beschreibung fehlt. Ref.). —

Es wird der Fall einer Schusswunde im oberen Drittel des rechten Oberarms bei einem Artilleristen (José Rodriguez) erwähnt, bei welchem das Projectil von oben nach unten eingedrungen war und den Humerus vielfach zertrümmert hatte. Man erweiterte die Wundcanäle und konnte nach ein paar Tagen Bleistücke extrahiren. (Es handelt sich hier um Verwundete aus der Expedition der Spanier gegen die Neger des Archipels von Joló. Die Neger benutzten Stückchen von Eisen, von Blei, ja selbst von Bergkrystall als Schiessmaterial.) — Unter reichlicher Eiterung stiessen sich im weiteren Verlauf einzelne Knochenstücke nekrotisch ab. Auch wurden noch zwei andere Projectile extrahirt. — Nach 30 Tagen bei Entfernung des Gummi-Lackverbandes, der angeblich dem Eiter guten Abfluss gewährt, fand sich die Fractur in Consolidation begriffen, die Wunden vernarbten. —

Ein anderer Fall betraf eine Schussfractur des Vorderarms. Die Ulna prominirte in der Wunde. Es folgten der Anwendung des Verbandes schwere allgemeine Symptome und eine heftige Ostitis an der Fracturstelle. Man lockerte daher den Verband und applicirte warme Fomente. — Unter reichlicher Eiterung verlief schliesslich noch der Fall in Heilung, nach einer Behandlung von etwa 2 Monaten.

Ullersperger (München).

A. Iversen. Om Excisionen af den luxerede talus. —

(Nordiskt Medicinskt Arkiv 1876. Bd. VIII. Hft. 3.)

Nach einer Zusammenstellung von 15 Fällen aus der Literatur über Luxationen des Talus, beschreibt Verfasser seinen Fall, den ersten seit 13 Jahren im Communal-Hospital zu Kopenhagen.

Patient, 34 Jahr alt, zog sich die Luxation bei einem Sprung aus einem Wagen zu, indem er mit der äussern Fusskante heftig aufstiess. Beim Eintritt in das Hospital liess sich eine vollständige Luxation des Talus ohne Verletzung der Haut constatiren, das caput tali war auf dem os cuboideum zu fühlen. Der Fuss stand in Adduction und starker Supination. Die Reposition gelang nicht. Nachdem der Kopf des Talus die Haut perforirt hatte und der ganze Knochen durch die entstandene Eiterung gelöst war, wurde sechs Wochen später die Excision des Talus vorgenommen und das abgerissene tuberculum internum des hinteren Talusfortsatzes entfernt. 15 Monate nach der Operation verliess Patient das Hospital mit rechtwinckliger Ankylose zwischen den Unterschenkelknochen und dem Calcaneus. 3 Jahre nach der Operation wurde der Patient wieder vorgestellt. Er konnte seit einem Jahr ohne Stock gehen. Der innere Fussrand steht etwas höher und ist mehr ausgeschweift als der der gesunden Seite. Die Verkürzung beträgt 2, 5 Ctm. Nach weiteren 9 Monaten, also ca. 5 Jahre nach der Operation, erlag Patient einer Pneumonie. Die Section ergiebt vollständige knöcherne Ankylose zwischen den Unterschenkelknochen und dem Calcaneus, nur vorn besteht eine schmale fibröse Vereinigung von osteosclerotischem Gewebe umgeben. Der Unterschenkel steht etwas nach vorn, indem er sich gegen den sinus tarsi vorgeschoben hat. Die Gelenkverbindungen zwischen den Tarsalknochen sind erhalten, die Kapseln stark verdickt. Die Muskeln um das Fussgelenk und der Peronaeus longus sind atrophisch, doch sind die Sehnen in ihren Scheiden freibeweglich. —

Kölliker (Würzburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. **Sonnabend, den 27. Januar.** **1877.**

Grossheim. Ueber die Schussverletzungen des Fussgelenkes während des letzten Krieges und die Resultate ihrer Behandlung. (Unter Benutzung officieller Quellen.)

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1876. Hft. 4.)

Verf. leitet seine in vieler Hinsicht interessante und werthvolle Arbeit mit der Besprechung der conservativen Behandlung von Fussgelenkschüssen ein; doch ist die Ausbeute seiner Forschungen gerade in dieser Richtung ziemlich gering, da es an zuverlässigen Angaben über die Zahl der überhaupt vorgekommenen Verletzungen der Art, soweit dieselben nicht einer operativen Behandlung unterworfen wurden, fehlt. Gegenüber den Ansichten älterer Autoren (Hennen), welche die Fussgelenkschüsse denen des Kniegelenks an Gefährlichkeit gleichstellen und dem Ausspruch Löffler's in seinem Berichte über Schusswunden (1859): »die Zersplitterung der Gelenkenden der Tibia hat ihre unbestrittene Stelle unter den Indicationen zur Amputation« constatirt er, dass im letzten Kriege eine erhebliche Anzahl von Schussverletzungen des Fussgelenks mit Glück conservativ be-

handelt wurden. (Zusammenstellung Beck's von 36 einschlägigen Fällen mit 4 †.)

Die Resection des Fussgelenkes wurde im letzten Kriege 97 mal ausgeführt. Ueber 93 Operirte hat Verf. hinsichtlich des Endresultates nähere Notizen gesammelt (über manche allerdings nur nach den Ergebnissen der officiellen Superrevision). Von 4 Franzosen fehlt jede weitere Nachricht.

a. Totalresection des Fussgelenkes: 50 Fälle.

Verf. zählt hierzu nur die Fälle von Abtragung der Gelenkenden der Tibia und Fibula nebst einer Scheibe des Talus oder Exstiipation des ganzen Talus. Dieselben vertheilen sich hinsichtlich der Zeit nach der Verwundung folgendermassen. Es wurden operirt:

1) am 1. Tage	—	
2) - 2. -	1	(später amputirt, geheilt),
3) - 7. -	1	(geheilt, schlechte Function),
4) vom 8. — 14. Tage	9	
5) - 15. — 21. -	12	
6) - 22. — 28. -	9	
7) später	18	

Resultate: ad 4: 4 mit Erhaltung des Fusses geheilt, 1 nachträglich am Oberschenkel amputirt und geheilt, 4 (44,4 %) gestorben.

ad 5: 5 = 41,7 % blieben am Leben, 7 = 58,3 % starben (dabei 1 an Ruhr), 2 waren vorher amputirt.

Von 17 nach der 3. Woche Operirten wurden 10 geheilt (58,8 %), 7 starben (41,2 %). Von letzteren 3 nachamputirt.

Von 6 fehlt die genaue Zeitangabe. Darunter 4 Heilungen, 2 † (1 Nachamputation).

Im Ganzen sind unter 50 Operirten 26 (52 %) am Leben erhalten (darunter 2 Amputirte) und 20 gestorben (7 Amputirte). 4 mal ist das Endresultat unbekannt.

Nach den 46 bekannten Endresultaten berechnet ergeben sich also: 56,7 % Heilungen und 43,3 % †. Die Amputationen des Unterschenkels nach Fussgelenkschüssen hatten im letzten Kriege eine Mortalität von 46,2 % (132 mit 61 †). Da es sich bei den Resectionen wohl lediglich um Schwerverletzte gehandelt hat, welche nach früheren Grundsätzen der Amputation anheimgefallen wären, so ist es von Bedeutung, die um 2,9 % geringere Mortalität bei der Resection zu constatiren.

Was Stellung und Function des Gelenks nach der Resection anlangt, so war das Resultat fast ausnahmslos Ankylose oder doch nur minimale Beweglichkeit. Nur 2 mal war active, ebenfalls 2 mal nur passive Beweglichkeit vorhanden. Die Ankylose erfolgte 7 mal in Equinusstellung (dabei 2 mal gleichzeitig pes varus, 2 mal pes valgus), 2 mal im rechten Winkel. Einmal wird noch Varusstellung notirt, andere Angaben fehlen. Die in 18 Fällen angegebene Verkürzung schwankt von 2—15 Ctm.

Ueber die Ausdehnung der Resection liegen wenig bestimmte

Daten vor. Sie betrug einmal 15 Ctm. Erfolg: leicht stumpfwinklige Stellung, leichter pes varus. Bei dieser bisher vielleicht ausgedehntesten Fussgelenkresection scheint von vornherein die Ankylose angestrebt und durch starke Annäherung der Knochen begünstigt zu sein. Daher die Verkürzung entsprechend.

Aus den Angaben über die Brauchbarkeit der Füsse geht hervor, dass 4 Mal das resecirte Glied zum Gehen unbrauchbar war; 3 mal war die Beweglichkeit der Zehen beeinträchtigt, 11 mal Wade und Oberschenkel dünner und schwächer, als am gesunden Bein. — Verf. hebt hervor, dass auf die Erhaltung einer guten rechtwinkligen Stellung während der Heilung nicht immer geachtet und die Erfolge durch frühzeitige Evacuation, Aufenthalt in ungesunden Lazarethen und geringe Klarheit über das zu erstrebende Ziel beeinträchtigt wurden. Er empfiehlt mit Recht, den Weichtheil- und Periostcylinder durch einen gefensterten Gypsverband ausgespannt zu erhalten.

Von den 9 Nachamputationen betrafen 1 den Oberschenkel, 8 den Unterschenkel. Von letzteren starben 7.

b. Partielle Fussgelenkresectionen: 47.

Sämmtliche Endresultate sind bekannt: 33 = 70,2 % Heilungen, 14 = 29,8 % Todte. 2 Nachamputationen mit 1 †.

Verf. führt nun die einzelnen Arten der Partialresectionen gesondert auf.

1. Resection der Gelenkenden von Tibia und Fibula; 18 Fälle. 13 = 72,2 % Heilungen, 5 = 27,8 % †. Operirt wurden vom 8. bis 14. Tage: 2 (1 †), vom 15. bis 21. Tage: 9 (3 †, dabei 1 Fall von multiplen Verletzungen), später 6: (1 †); zu unbekannter Zeit: 1.

Das Resultat quoad functionem war einmal bei activer Beweglichkeit, leichter Valgusstellung, 4 Ctm. Verkürzung, in jeder Hinsicht ein vorzügliches. (Hauptmann Müller, von Hüter operirt. Pat. spürt nur beim Gehen im tiefen Sande ein geringes Mindermaass an Kraft.)

1 mal entstand ein Schlottergelenk, der einzige bisher bekannte Fall der Art. (Kuhlow.) Von der Tibia waren 8, von der Fibula 7 Ctm. entfernt. Fuss zum Gehen unbrauchbar, Zehen steif. Mühsamer Gang mit Stützmaschine und Stock.

Alle übrigen heilten mit Ankylosen; der Winkel wird 2 mal als stumpfer, 1 mal als rechter (mit Auswärtsrichtung des Fusses), 7 mal gar nicht angegeben. 1 mal war der Fuss nach aussen verschoben. 1 geht ganz ohne Stock (Müller), 5 mit Stock, 2 mit Krücken. Von letzteren kann 1 im Zimmer ohne Stock gehen, der andere hat sich wahrscheinlich noch gebessert; 2 setzen den Fuss gar nicht auf. Verkürzung von 2—10,5 Ctm.

2. Resection der Tibia allein: 6 Fälle. Es wurden operirt vom 15. bis 21. Tage 2, von der 5. bis 12. Woche 1, nach der 12. Woche 2; alle geheilt. Zu unbekannter Zeit: 1 (†). Mortalität also 16,6 %. Resultat: Unter den Geheilten 1 Nachamputation, 1 bewegliches

Gelenk, 3 Ankylosen, wovon 2 in Varusstellung. Verkürzung 1—2, resp. 7,5 Ctm.

3. Resection der Fibula allein: 5 Fälle. 2 † (1 Nachamputation), 3 geheilt. Darunter 1 mal der Fuss wegen schlechter Zehenstellung zum Gehen unbrauchbar; 1 mal keine Verkürzung, rechtwinklige Ankylose. Guter Gang ohne Stock; leichte Varusstellung. Der dritte im Wesentlichen ebenso; derselbe thut schwere Schlosserarbeit.

4. Resection von Tibia und Talus: 2 Fälle. Beide geheilt. 1 mal 8 Ctm. Verkürzung, mässige Difformität, gute Stellung des Fusses. 1 mal 6,5 Ctm. Verkürzung, Spitzfussstellung, beim Gehen heftige Schmerzen.

5. Resection von Fibula und Talus: 6 Fälle. 5 † (1 Oberschenkel- und 1 Unterschenkelamputation — alle 5 an Pyämie gestorben), der Geheilte hat 3,5 Ctm. Verkürzung, geht mit Stock und erhöhter Sohle zwar ein wenig hinkend, aber leicht und schnell.

Die äusseren Verhältnisse waren bei den Patienten dieser Kategorie durch spätes Gelangen in geordnete Lazarethpflege besonders ungünstig.

6. Resection des Talus: 3 Fälle. 1 †, 2 geheilt (1 Nachamputation). Der Geheilte hat Ankylose in Spitzfussstellung. Verkürzung 2 Ctm. Wenig Gehfähigkeit und nur mit Hülfe des Stockes.

7. Resection von Fibula, Talus, os cuboid. und Theilen des Calcaneus. 1 Fall. Granatschuss, Spaltbruch der Tibia, grosser Weichtheildefect. Pat. von v. Langenbeck operirt, der den Fall ausführlich beschrieben hat. (Berkhauer.) Verkürzung nicht ganz 2 Ctm., rechtwinklige Ankylose, fast völlige Wiederherstellung der Form. Gutes Resultat.

8. Resection von Talus und Calcaneus, oder von Theilen dieser Knochen: 3 Fälle. Alle geheilt. 1 (Primäroperation, v. Langenbeck) Ankylose in Equinusstellung. Ferse steht 7 Ctm. vom Boden. Mühsamer und hinkender Gang. 1 (am 2. Tage operirt) Ankylose in Varusstellung. Gang mit 2 Stöcken. Der dritte thut leichten Dienst. Beugung und Streckung wenig behindert, seitliche Bewegungen aufgehoben.

9. Resection des Calcaneus: 2 Fälle. Günstiger Verlauf. Von einem Resecirten ist bekannt, dass er ohne Stock geht.

10. Resection von Talus, Calcaneus und os naviculare, nach stückweiser Extraction des os cuboides: 1 Fall. Heilung. 5½ Ctm. Verkürzung des Fusses, Verminderung der Höhe 1 Ctm. Vorderer Fusstheil activ beweglich. Gehversuche fielen günstig aus.

Verf. giebt den Rath, dass man sich in der Regel auf die Resection eines Unterschenkelknochens beschränken sollte, selbst wenn der andere eine (einfache) Fractur erlitten habe. Das habe den Vortheil der minimalen Verkürzung. Als Endziel der partiellen Resection sei ebenso, wie bei der totalen, die Ankylose in's Auge zu fassen, wenn hier auch etwas öfter active Beweglichkeit beobachtet sei. (Gegen diesen Satz möchte Ref. ausdrücklichen Protest einlegen.

Zahlreiche Erfahrungen aus der Halleschen Klinik und mehrere eigene aus letzter Zeit haben ihm bewiesen, dass es einer darauf gerichteten Nachbehandlung unschwer gelingt, die Heilung mit activer Beweglichkeit zur Regel zu machen, und dadurch die Functionsfähigkeit des resecirten Gliedes bedeutend zu steigern! Ref.)

Zum Vergleich hat Verf. die im letzten Kriege ausgeführten Amputationen nach Pirogoff und Syme, und die wegen Fussgelenkschüssen vorgenommenen Amputationen des Unterschenkels zusammengestellt. Daraus ergiebt sich Folgendes.

Es wurde nach Pirogoff operirt wegen Fussgelenkverletzungen 6 mal (2 †), wegen anderer Schussverletzungen 23 mal (11 †), darunter 1 mal an beiden Füssen, 1 mal gleichzeitig Amputation des andern Unterschenkels. Im Ganzen 29 mit 13 † = 44,8 % Mortalität.

Die Syme'sche Operation wurde wegen Gelenkschuss 4 mal ausgeführt (2 †, 1 unbekannt), aus andern Gründen 10 mal (3 †). Mortalität 35,7 %.

Von 145 Unterschenkelamputationen nach Fussgelenkschüssen wurden 71 geheilt (53,8 %), 61 starben (46,2 %). 13 mal ist der Ausgang unbekannt. Die Amputationen im unteren Drittel allein betrachtet, geben eine Mortalität von 53,9 %, gegen 36,6 % für die Resection des Fussgelenks überhaupt, 43,3 % für die totalen, 29,8 % für die partiellen.

Die Mortalität der supramalleolären Amputation stellt sich auffallender Weise noch höher = 60 %, gegen 38,5 und 36,0 % für die Absetzungen im obern und mittlern Drittel. Alle Zahlen sprechen aber für die Resection.

In einem Resumé recapitulirt Verf. die im Vorausgegangenen gefundenen Sätze, und hebt hervor, dass der Transport der im Fussgelenk Verwundeten vielfach zu weit ausgedehnt wurde und ohne die nöthigen Vorsichtsmassregeln erfolgte, so dass die Pat. darunter gelitten haben.

Als Anlagen folgen: 1) eine ausführliche Tabelle über die Resultate quoad vitam und Nachamputation bei allen Fussgelenkresectionen des Krieges 1870—71 je nach der Zeit der Verwundung. 2) Eine Uebersicht über das Endresultat nach Stellung und Function je nach Art der Resection. 3) Eine Uebersicht der wegen Schussverletzung des Fussgelenkes vorgenommenen Unterschenkelamputationen. 4) Die sämmtlichen Krankengeschichten der Resecirten und Amputirten.

Schede (Berlin).

C. Hueter. Kritisch-antikritische Wanderungen auf dem Gebiete der jüngsten chirurgischen Tageslitteratur.

Leipzig. **F. C. W. Vogel.** 1876.

In dem Vorworte des vorliegenden Buches bemerkt der Verf., dass ein Theil der Aufsätze, welche eine Vertheidigung einer Reihe von ihm veröffentlichter Arbeiten und zugleich eine Kritik der geg-

nerischen Schriften enthalten, schon früher in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie (Bd. VI. p. 3) veröffentlicht wurde, doch der Uebersichtlichkeit wegen noch einmal abgedruckt sei. Der am Schlusse des Buches ausgesprochenen Bitte des Verf.'s an diejenigen Zeitschriften, welche die gegnerischen Schriften publicirten, ihren Lesern von dem Inhalt des Buches Kenntniss zu geben, kommt das Centralbl. für Chirurgie hiermit nach. Ref. bemerkt im Voraus, dass der Raum dieses Blattes und auch die Natur der Aufsätze ein Eingehen auf alle Einzelheiten verbieten, und wenn der Verf. im Vorwort eingesteht, dass es keine angenehme Lectüre sei, welche er dem Leser bietet, so giebt dieses Ref. nach wiederholtem Lesen des Buches gern zu.

Die Einleitung (S. 1—24) beschäftigt sich mit der Methodik der heutigen chirurgisch-wissenschaftlichen Forschung und der Methodik der Kritik. Wenn nun H. zuerst die Ansicht ausspricht, dass derjenige, welcher an der chirurgisch-wissenschaftlichen Forschung einen selbstthätigen Antheil nehmen will, sich zuerst darüber klar werden müsse, dass es vorläufig — und vielleicht noch für sehr lange Zeit unmöglich ist, zu unbezweifelbaren Ergebnissen der Forschung zu gelangen; dass ein unbescheidener Forschergeist, welcher nur in dem Schaffen von festen Thesen ein Genüge zu finden vermag, von unserm Forschungsgebiete fern bleiben müsse: so werden hoffentlich recht Wenige mit solchen Anschauungen an ihre Untersuchungen gehen und dem Verf. noch weniger zugeben, dass sich die Richtigkeit seiner Anschauung von selbst verstehe. Die von H. angegebenen Methoden der Forschung wird man als durchaus richtig und überall gültig anerkennen. Verf. führt aus, dass die klinische Beobachtung, die mit allen Hülfsmitteln ausgeführte klinische Untersuchung uns lehren soll, die richtigen Fragen zu stellen und diese Fragen richtig zu formuliren. Eine gute Fragestellung drängt schon an sich nach einer gewissen Richtung der weiteren wissenschaftlichen Untersuchung hin. Die weiteren zweckmässigen Bahnen der Untersuchung sind die Prüfung der pathologisch-anatomischen Producte der betreffenden Krankheit und zweitens die Untersuchung analoger Krankheitsvorgänge, welche wir an Versuchsthieren künstlich hervorrufen: die Experimental-Pathologie. Mit Recht macht H. wiederholt auf diese Art der Untersuchung aufmerksam und hebt hervor, dass sie die klinisch-wissenschaftliche Forschung auf den Weg des physiologischen Studiums geleitet und die echt naturwissenschaftliche Methodik in die klinischen Wissenschaften eingeführt habe.

Der zweite Theil der Einleitung beschäftigt sich mit der referirenden medicinischen Litteratur und der dabei geübten Kritik. H. wünscht rein objective Referate, ohne jeden kritischen Beisatz. Als Gründe hierfür führt Verf. aus, dass sich thatsächlich die Referate und Kritik in den Händen junger Arbeitskräfte befinden, denen zur Kritik das selbststän-

dige und gereifte Urtheil fehle; dass der Leser nicht die subjectiven Ansichten des Referenten, sondern objectiv den Inhalt der Arbeit wissen wolle; dass schliesslich die Autoren von Original-Arbeiten dadurch geschädigt werden, dass in dem kritischen Referat nur diejenigen Puncte hervorgehoben werden, welche das kritische Urtheil des Referenten unterstützen. H. will auch die zwischen die referirenden Sätze eingeschobenen ! und ? auf das entschiedenste verbannt wissen; ihm will es nämlich scheinen, als ob in den referirenden Zeitschriften das kritische Unkraut jetzt zu üppig emporschiesse*).

Die nun folgenden Aufsätze sind gerichtet gegen Tillmanns, Girard, Henke, Cavafy, Genzmer, Billroth, Hiller, Liebermeister, Berns und Neudörfer. Die Aufsätze sind rein polemischer Natur, ohne neue Thatsachen beizubringen, so dass sie sich für ein Referat nicht wohl eignen. **Maas** (Breslau).

H. Ranke. Ueber den Hydrops fibrinosus der Gelenke. Aus der Volkmann'schen Klinik.

(Arch. f. klin. Chirurgie 1876. Bd. XX. Hft. 2.)

Gegenüber dem häufigen Vorkommen von den als Corpora oryzoidea bezeichneten fibrinösen Concretionen in Hygromen ist ihr Auftreten in den Gelenken sehr selten. In der Litteratur fand R. nur 6 Fälle, je einen von Monro, Velpeau, Bidder, 2 von Meckel von Hemsbach, 1 von R. Volkmann, in dessen Beiträgen zur Chirurgie mitgetheilt, mit Ausgang in Ankylose. Die 7. neue Beobachtung wurde in der Volkmann'schen Poliklinik gemacht. Es betraf die Erkrankung das rechte Kniegelenk eines 2jährigen, sonst gesunden Mädchen, angeblich nach einem Falle entstanden. Der Unterschenkel stand in Valgusstellung, bei der Palpation des kugelig aufgetriebenen Gelenks fühlte man die eigenthümliche Crepitation, wie sie von reiskörperhaltigen Hygromen bekannt ist. Es wurde die Punction des Gelenks mit einem starken Troikart gemacht und dabei neben geringen Mengen klarer Synovia eine sehr grosse Anzahl mohnkorn- bis linsengrosser Körperchen entleert; das Gelenk dann mit einer 3 % Carbollösung ausgespült. Die Punctionsöffnung schloss sich ohne Reaction unter dem Lister-schen Verbande. Es wurde in 7 Monaten eine vollständige Heilung ohne Functionsstörung erreicht; doch trägt die Patientin noch einen Stützapparat.

Alle Fälle sind bis jetzt am Kniegelenk und hier mit Ausnahme des einen Meckel'schen Falles einseitig beobachtet worden. Die

---

*) Wenn es H. erscheint, als ob in den referirenden Zeitschriften — und speciell führt er dabei das Centralbl. für Chirurgie als Beispiel an — das kritische Unkraut allmälig etwas üppiger emporschiesse, als wünschenswerth ist, so hat sich dem Ref. dagegen und vielleicht wohl auch H. die Meinung aufgedrängt, als ob gar nicht selten in manches originelle Unkraut die referirende Kritik erfreuliche Weizenkörner säe.

Functionsstörungen treten frühzeitig durch Dehnung der Bänder auf. Die Therapie kann nur erfolgreich sein nach Entleerung der Reiskörper durch eine Punction. Um aber die den Wandungen adhärirenden Körper zu entfernen, muss eine Ausspülung durch die Troikartröhre gemacht werden, und zwar wurde, um zugleich einen Reiz auszuüben, 3 % Carbollösung gewählt. Bei dem Kinde war der Reiz genügend.

Nach den Erfahrungen, welche Volkmann mit 3 % Carbollösungen zu Injectionen bei alten Hydrarthrosen machte, würde wahrscheinlich dieser Reiz bei Erwachsenen und länger bestehender Erkrankung nicht ausreichen. Es würde sich im Falle eines Misslingens für ein zweites Mal die viel kräftiger wirkende Jodtinctur zur Injection empfehlen.

Maas (Breslau).

F. Busch. Experimentelle Untersuchungen über Ostitis und Nekrose.

(Arch. f. klin. Chirurgie 1876. Bd. XX. Hft. 2.)

B. erzeugte verschiedene Grade der Nekrose und Ostitis auf experimentellem Wege, indem er die Markhöhle an ihrem oberen Ende anbohrte, von dem Bohrloche aus mit einem Drahte das Mark zerstörte, dann ein zweites Bohrloch am unteren Knochenende anlegte und durch die Markhöhle einen dünnen Platin- oder Eisendraht zog, welchen er durch eine galvanokaustische Batterie zur Cauterisation der Markhöhle mehr oder weniger stark erglühen liess. Die Experimentalthiere waren ausschliesslich Hunde und zwar fast nur erwachsene; unter 26 Experimenten waren nur 3 Mal Thiere mit noch vorhandener knorpliger Epiphysenlinie.

Je nachdem Verf. einen geringen oder höheren Grad der Glühhitze einwirken liess, beobachtete er, von dem geringsten anfangend und zum höchsten aufsteigend, lebhafte Entzündung des Knochens, zweitens Absterben verschieden dicker Knochenlagen an der Innenfläche des Knochenmantels, eine Necrosis interna s. centralis; drittens entstand eine Nekrose in der ganzen Dicke der Knochen, entweder an einzelnen Stellen (Necrosis penetrans) oder im ganzen Umfange derselben (Necrosis totalis) und schliesslich ertödtete viertens die Glühhitze das ganze Knochengewebe und vielleicht noch die umgebenden Weichtheile.

Die Vorgänge bei der Ostitis, deren Besprechung den Verf. selbstverständlich auf eine Reihe wichtiger Fragen, wie die Bedeutung der Riesenzellen, Verknöcherungsmodus des Periosts, Knochenbildung im Knochenmark u. s. w. führte, schildert Verf. in folgender Weise: Nach Anschwellung und Verdickung des Periosts findet eine Neubildung von Knochengewebe von der innersten Lage des Periosts aus statt, die dicken, periostalen Knochenauflagerungen sind von radienförmig verlaufenden, Gefässe enthaltenden Septa durchsetzt, ferner wird in der Markhöhle Knochengewebe neugebildet. Das Gewebe der ursprünglichen Knochenschale wird durch lakunäre

Resorption und durch Vergrösserung der Gefässlücken so aufgelockert, dass das alte Knochengewebe mit den neugebildeten periostalen Auflagerungen homogen erscheint. Schliesslich verdichten sich die äussersten Lagen der Periostauflagerungen zu einer neuen Knochenschale, während die inneren Knochenbildungen durch Bindegewebe verdrängt werden. Es entsteht so eine neue, mit fibrösem Gewebe ausgefüllte Höhle.

Den zweiten Grad der Einwirkung der Glühhitze, die Necrosis centralis beobachtete Verf. 6 Mal, nicht nekrotische Knochenstellen der Innenfläche zeigten das Bild der beschriebenen Ostitis. Periostale Auflagerungen waren ausgedehnt vorhanden. Die demarkirenden Granulationswucherungen lagen theils mitten im Gewebe des alten Knochen, theils war durch sie auch der Rest des alten Knochen aufgezehrt. Die Demarcationslinie verlief durch die bekannten Howship'schen Lakunen unregelmässig ausgebuchtet, diese Lakunen mit schaligen Gebilden ausgefüllt, welche B. bei seiner Entkalkungs-Methode nicht sicher als Riesenzellen erkennen konnte. Vermehrtes Längenwachsthum sah Verf. in keinem Falle.

Penetrirende Nekrosen (dritter Grad der Hitzewirkung) erhielt B. in 13 Fällen. Am meisten hervortretend war bei der Sequesterbildung die Erscheinung, dass an den Stellen, an welchen der Sequester an der Aussenfläche glatt war, eine Lücke in der Sequesterkapsel vorhanden war. B. nimmt an, dass an diesen Stellen die innere Schicht des Periosts durch Eiterung verloren gegangen ist. Eine Fortleitung der Entzündung auf benachbarte Gelenke wurde nicht beobachtet.

Bei dem 4. Grade, Ertödtung des ganzen Knochengewebes, welche 4 Mal beobachtet wurde, starben die Thiere durch Verjauchung des Gliedes. **Maas** (Breslau).

H. Leboucq. Recherches sur le développement des vaisseaux et des globules sanguins.

Gand. **F. Clemm.** 1876.

Die Untersuchungen von L. beziehen sich auf die Gefässentwickelung sowohl normaler als pathologischer Gewebe.

Nach seiner Darstellung entstehen die primordialen Blutcanäle in der area pellucida des bebrüteten Hühnereies aus vielkernigen granulirten Protoplasmamassen, welche durch Fortsätze unter einander in Verbindung treten. In dem so gebildeten protoplasmatischen Netz treten alsdann Vacuolen und rothe Blutkörperchen auf. Indem sich erstere untereinander vereinigen, entsteht ein Canalsystem, dessen Innenwand zunächst nicht deutlich in Zellen gesondert und stellenweise auch unregelmässig geformt ist. Man erkennt von Strecke zu Strecke noch Protoplasmahaufen, in deren Innerm mit der Wand zusammenhängende rothe Blutkörperchen liegen, sowie sporenartige Vorsprünge, durch deren Zunahme sogar die ursprünglich einfachen Canäle in Doppel-

canäle getrennt werden können. Auch von der Aussenfläche der Gefässwände erheben sich Fortsätze, welche mit benachbarten Gefässen in Verbindung treten. Derselbe Modus der Bildung solider Protoplasmastränge ist es auch, der am 4. Tage dem Hühnerembryo Gefässe zuführt. Mit den hohl werdenden Fortsätzen vereinigen sich die nächstliegenden embryonalen Bildungszellen und betheiligen sich bei der Zusammensetzung der ersten Gefässcanäle. Eine Endothelbegrenzung haben die Canäle zunächst nicht.

Die ersten Gefässe der äussern Kiemen der Batrachierlarven erscheinen als einfache Canäle zwischen den Zellen.

Die rothen Blutkörperchen werden hier wie dort aus dem Protoplasma der Zellen, welche die Gefässwand constituiren, gebildet. In dem Protoplasmanetz der area vasculosa entstehen sie mit der Bildung der Vacuolen. Später entwickeln sich in der Wand eine Art protoplasmatischer Knospen, in deren Innerm neue Blutkörperchen auftreten.

Diese ersten Blutcanäle sind transitorisch, sie verschwinden wieder oder wandeln sich in Capillaren um. Letzteres geschieht indem die Canäle enger werden und die innerste protoplasmatische Schicht der Wandung sich in eine Endothellage umwandelt. Hierdurch wird die Bildung von Blut sistirt. Die Vergrösserung des Capillarnetzes erfolgt nach Beobachtung im Froschlarvenschwanz durch Sprossenbildung. Eine bereits gebildete Capillare kann durch eine Scheidewand in zwei parallel verlaufende geschieden werden. Schon sehr früh bilden Wanderzellen, welche sich auf den jungen Gefässen ausbreiten, eine Adventitia.

Im Froschlarvenschwanz sowohl, als auch in der Haut von Säugethierembryonen kommt eine unabhängige Gefäss- und Blutbildung vor. In beiden Geweben finden sich sogenannte »cellules vasoformatives«, d. h. grosse ein- oder mehrkernige Zellen, die durch feine Fäden mit Gefässsprossen in Verbindung treten und in ihrem Innern Vacuolen und rothe Blutkörperchen erzeugen. Diese Bildungszellen sind wahrscheinlich ausgewanderte farblose Blutkörperchen. Die sich vermehrenden Kerne derselben werden theilweise zu rothen Blutkörperchen. Für Gefässbildungsmaterial sind auch die Myeloplaxen des wachsenden Knochens zu halten. Die Sprossen der Gefässe des Knochenmarks breiten sich, in ihrer Entwickelung gehemmt, an der knöchernen Wand aus und werden zu Riesenzellen.

In pathologischen Neubildungen geht die Vermehrung der Gefässe auf dieselbe Weise vor sich, wie im normalen Gewebe. Am lebhaftesten ist die Gefässvermehrung in Geschwülsten von dem Charakter embryonalen Bindegewebes.

Bei der Entzündung gerathen nach Beobachtung am Froschmesenterium die Gefässe in einen embryonalen Zustand, d. h. sie bestehen aus einem einfachen Protoplasmarohr, an dessen Aussenfläche sich Sprossen bilden. Die Vascularisation der Cornea bei Keratitis vasculosa erfolgt durch Sprossenbildung, die sogenannten Zeilen bezeichnen nur die Bahnen der Sprossen.

In Granulationen bestehen die Gefässe aus körnigem Protoplasma, das sich nicht scharf von der Umgebung abgrenzt; sie besitzen also ebenfalls einen embryonalen Charakter. L. glaubt, dass auch unabhängige Gefäss- und Blutbildung in denselben vorkommt und beschreibt Zellen mit Blutkörperchen im Innern. Genauere Angaben über den Modus der Vascularisation der Granulationsbildungen fehlen. Die Organisation des Thrombus geht einzig von der Gefässwand aus, die ein embryonales Gewebe liefert, welches vascularisirt wird, wie die Granulationen.

L. fasst das Resultat seiner Untersuchungen in folgende Sätze zusammen:

1) Die erste Anlage der Blutgefässe erscheint in Form granulirter Protoplasmamassen, welche oft mehrere Kerne enthalten (Protoplasme vaso-formatif).

2) Die Protoplasmamassen erscheinen entweder als isolirte Elemente (cellules vaso-formatives) oder als Sprossen bereits gebildeter Gefässe (bourgeons vasculaires).

3) Die Umwandlung des Protoplasmas in einen Gefässcanal erfolgt durch Vacuolenbildung, die sich untereinander und mit dem Lumen fertiger Gefässe verbinden.

4) Aus den Kernen der Protoplasmamassen bilden sich rothe Blutkörperchen. Diese Umwandlung wird sistirt von dem Moment an, wo aus dem Protoplasma ein Endothelrohr sich bildet.

5) Es existirt eine directe Beziehung zwischen den Wanderzellen und den Gefässanlagen.

6) Das Endothel, ein Umwandlungsproduct des Protoplasmas, kann unter Umständen Veränderungen erfahren, welche es in den ursprünglichen Zustand zurückversetzen. **Ziegler** (Würzburg).

Downie. Statistics of amputation of the thigh in Bengal.

(Edinbourgh med. Journal 1876. Vol. II. p. 499.)

Verf. giebt eine Zusammenstellung sämmtlicher von 1858 bis 1871 in den Spitälern des Departement Bengal ausgeführten Oberschenkel-Amputationen; nur für das Calcutta Native Hospital reichen einige Fälle bis 1849 zurück. Die Zahl sämmtlicher Operirter beträgt 287. Ueber 10 derselben sind nicht genügende Angaben vorhanden. Ausgeschlossen wurden 5 Fälle (sämmtlich gestorben) von multipeln Verletzungen und Doppelamputationen.

I. Exarticulationen im Hüftgelenke, in Summa 14 Fälle, hiervon primär: 2 (1 geheilt in 227 Tagen, 1 gestorben), secundär: 3 (1 geheilt in 90 Tagen, 2 gestorben); bei chronischen Erkrankungen: 6 (3 geheilt in 88, 98 und 63 Tagen, 3 gestorben), nach vorheriger Amputation: 3 (1 geheilt in 121 Tagen, 2 gestorben).

II. Amputationen des Oberschenkels bei eingeborenen Civilpersonen (von Europäern wurden 10 amputirt, mit 7 Todesfällen):

Vergleichende Tabelle der in Bengal und der in Europa Operirten:

Ursache der Operation		Lane's*) Tabelle			Bengal. Regierungs-Tabelle		
		Anzahl	Tod	%	Anzahl	Tod	%
Verletzungen	Primär	164	111	67,68	72	45	62,5
	Secundär	97	51	52,57	84	48	57,1
Erkrankungen		705	192	27,23	102	48	47
	Total	966	354	36,6	258	141	54,6

(Erichsen giebt in seiner Science and Art of Surgery bei einer Zusammenstellung von 3477 Fällen 1224 Todesfälle, also 35,2 % Mortalität.)

Die Statistik ergiebt eine höhere Mortalitätsziffer für die grossen Spitäler (Calcutta Medic. Coll., Calcutta Native Hosp. und Mitford Hosp. Dacca). Die Haupttodesursache ist Pyämie und Osteomyelitis.

Mortalität in Bengals Hospitälern

Amputation wegen		Grosse Hospitäler			Kleine Hospitäler		
		Fälle	Anzahl	%	Fälle	Anzahl	%
Verletzungen	Primär	26	21	80,7	46	24	52,1
	Secundär	25	21	84,0	59	27	45,7
Erkrankungen		34	26	76,4	68	22	32,3
	Total	85	68	80,0	173	73	42,1

Mit Bezug auf die Amputationsstelle ergeben die Tabellen aus den grossen Hospitälern das ungewöhnliche Factum, dass in den grossen Hospitälern die Amputation des Oberschenkels im untersten Drittel die höchste Mortalitätsziffer aufzuweisen hat, während die Tabelle der kleineren Spitäler die gewöhnlichen Resultate aufweist:

Amputation des Oberschenkels am	Grosse Hospitäler: wegen Verletzung primär			wegen Verletzung secundär			wegen Erkrankung			Kleine Hospitäler: wegen Verletzung primär			wegen Verletzung secundär			wegen Erkrankung		
	Anzahl	Tod	%	Anzahl	Tod	%	Anzahl	Tod	%	Anzahl	Tod	%	Anzahl	Tod	%	Anzahl	Tod	%
oberen Drittel	10	9	90	6	5	83,3	6	5	83,3	10	6	60	8	5	62,5	8	1	12,5
mittleren -	9	6	60	8	6	75	11	7	63,6	12	8	66,6	17	9	52,8	29	11	37,9
unteren -	7	6	85,7	11	10	90,9	17	14	82,3	17	7	41,1	33	12	36,3	30	10	33,3
Total	26	21	77,7	25	21	84,0	34	26	76,4	39	21	53,8	58	26	44,8	67	22	32,8

In der weiter folgenden Tabelle sind sämmtliche Fälle nach den bisher angeführten Gesichtspuncten, zu denen noch die Operationsmethode und die Vertheilung nach dem Alter hinzukommt, vereinigt.

Mit Bezug auf die Todesursache findet sich die traurige Thatsache, dass in den grossen Hospitälern 44 % aller Amputirten an Pyämie und Osteomyelitis gestorben sind, dagegen in den kleineren nur 4 %, dass weiterhin dieselben hauptsächlich bei den secundär und wegen Erkrankungen des Oberschenkels Amputirten zur Beobachtung kamen. Es folgt eine Tabelle, in der die Todesursachen

*) Lane's Statistik in Sam. Cooper's Dictionary, Amputation.

von 86 in den grossen Hospitälern und von 77 in den kleinen Hospitälern lethal verlaufenen Fälle sich angegeben finden. Wir übergehen dieselbe aus dem Grunde, weil die angegebenen Zahlen zum grossen Theil unter nicht genau controllirbare Begriffe eingereiht sind.

Die mittlere Dauer in Tagen bis zur Genesung oder Tod betrug in 122 verwerthbaren Fällen:

Amputirt	Genesung		Tod		Der Tod erfolgte innerhalb 24 Stunden	
	Zahl der Fälle	Tage	Zahl der Fälle	Tage		
Primär	23	65	27	16,5	bei 51 % der primär	Amputirten
Secundär	34	59	49	11,5	bei 22 % der secundär	Amputirten
wegen Erkrankungen	61	50	46	20	bei 10,8 % d. wegen Erkrankungen	Amputirten

D. betont, dass die Operationen ausgeführt wurden bei den Eingeborenen, die sich nicht leicht zu einem Eingriffe entschliessen, ihn unnütz verzögern, die schlecht ernährt sind; dass die Hospitaleinrichtungen den europäischen nachstehen und dass 113 Operationen in den Spitälern der grossen Städte (Calcutta, Dacca) ausgeführt wurden, welche in Bezug auf Lüftung etc. zu wünschen übrig lassen.

Pilz (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

Mathewson. A case of cerebral haemorrhage, death following the administration of ether.

(Bost. med. and. surg. Journal 1876. Vol. II. p. 401.)

Eine bisher ganz gesunde 48jährige Frau wurde behufs Iridectomie ätherisirt. Die Narkose verlief normal, sehr ruhig, dauerte etwa 5 Minuten: nach derselben war Pat. noch etwas benommen, nach weiteren 5 Minuten erfolgte Brechneigung und dann ein Krampfanfall; Pat. wurde cyanotisch, blieb gegen 3 Stunden bewusstlos mit sterthorösem Athmen und heftigem Schweisse. Als sie zu sich kam bestand linksseitige Hemiplegie und Unvermögen zu sprechen; am folgenden Tage antwortete sie mit einsilbigen Worten, wurde schwächer und starb 36 Stunden nach der Operation. Section: unter der Arachnoidea lag auf der oberen Fläche des mittleren Gehirnlappens ein Blutextravasat; die Gefässe der linken Hemisphäre waren blutreicher, als die der rechten, mit zahlreichen capillären Blutaustritten; im rechten Seiten-Ventrikel ein grosser Bluterguss, das corp. striatum und der thalamus opticus rechts erweicht und zermalmt; geringer Bluterguss im linken Seitenventrikel; hochgradige Atheromatose sämmtlicher Gehirnarterien. (Der Kopf allein wurde bei der Section geöffnet.) **Pilz** (Stettin).

E. Grünig. Ueber einen Fall von Varix aneurysmaticus innerhalb der Schädelhöhle mit Prominenz beider Bulbi und totaler Blindheit. Unterbindung der Carotis communis sinistra. Heilung.

(Archiv für Augen- und Ohrenheilkunde 1876. Bd. V. 2. Abtheil.)

Patientin, 59 Jahr alt, fiel eine Treppe herab, schlug mit dem Kopf auf und blieb längere Zeit bewusstlos. Am folgenden Tage stellte sich Nasenbluten und Erbrechen von Blut ein. Es entwickelte sich nach und nach beiderseitiger Exophthalmus, eine heftige Supraorbitalneuralgie, dabei hatte die Kranke fortwährend ein lautes Geräusch im Kopf, dem Puffen einer Dampfmaschine gleichend. 10 Wochen nach dem Fall kam sie in G.'s Behandlung und liess sich ausser dem

beiderseitigen Exophthalmus eine linksseitige Abducenslähmung und ein mässiger Grad von Taubheit constatiren. Bei der Auscultation am Kopf hörte man überall, am lautesten aber an der linken Schläfe und über dem linken Auge, ein aneurysmatisches Geräusch, das durch Compression der linken Carotis comm. vollkommen zum Schwinden gebracht werden konnte, während bei Druck auf die rechte Carotis das Geräusch nur abgeschwächt wurde. Bei Druck auf das eine oder andere Auge war ein deutliches Schwirren fühlbar, doch liess sich eine Geschwulst in einer der Augenhöhlen nicht nachweisen. Die Behandlung wurde ohne wesentlichen Erfolg mit der Digitalcompression eingeleitet, und entzog sich Pat. derselben. Nach 14 Tagen wurde G. zu ihr gerufen; er fand sie total erblindet; die Bulbi waren unbeweglich, Exophthalmus und Geräusch hatten zugenommen. 2 Tage später nahm Verf. die Unterbindung der Carotis communis sinistra vor und unmittelbar nach der Operation konnte Pat. wieder sehen (Finger auf 15′ zählen), und die subjectiven Geräusche hatten für immer aufgehört. Der Exophthalmus verschwand schon nach fünf Tagen und im weiteren Verlaufe stellte sich auch die Beweglichkeit des Auges und der Lider, das Seh- und Hörvermögen wieder völlig ein.

Verf. glaubt den Fall so erklären zu dürfen, dass durch eine Basalfractur eine Communication zwischen Carotis interna sinistra und dem Sinus cavernosus entstanden sei und leitet die einzelnen Symptome von Stauung in allen Blutleitern der Hirnbasis ab. **Kölliker** (Würzburg).

H. Knapp. Anthrax auf der Innenfläche des unteren Augenlides.

(Archiv für Augen- und Ohrenheilkunde 1876. Bd. V. 2. Abtheil.)

Verf. beobachtete bei einem Knaben diese Affection, welche er vorher noch nie gesehen hatte.

Unter Röthung des unteren Theiles des Augapfels und Schwellung des unteren Lides entwickelte sich in der Mitte der Innenfläche des letzteren eine rothe, halbkugelige Anschwellung. Am 5. Tage der Krankheit hatte diese Anschwellung einen Durchmesser von 2 Linien, und zeigte deren Centrum ein vertieftes Geschwür. Die Innenfläche des unteren Augenlides war roth, angeschwollen und mit 10—12 kleinen, runden Knoten besetzt, deren Centren durchscheinend und deren Randtheile dunkelroth waren. Die Knoten standen in einer länglichen Gruppe zusammen, die vom Thränenpunct bis zur äusseren Commissur reichte und 1—1½ Linien über das Niveau der Bindehaut erhoben war. Die Bindehaut war chemotisch und die Drüsen vor und unter dem Ohr angeschwollen und schmerzhaft.

Da K. eine ausgedehnte Gangrän befürchtete, machte er im Ganzen drei tiefe Einschnitte (in der Schnittfläche waren 6—8 derbe, weisse Pfropfen eingebettet), worauf die Erkrankung nach wenigen Tagen ohne Nachtheile für den Augapfel gehoben war. **Kölliker** (Würzburg).

F. Alessandrini. Ferita della metà d. del midollo cervicale inf.

(Annali univ. di medicina Vol. 237. Fasc. 712.)

Ein 46jähriger Mann erhielt eine Stichwunde am Halse in der Gegend der proc. spinosi des 5. und 6. Halswirbels, gerade in dem Augenblicke, als er vor dem Feinde fliehend von einer Höhe herabfiel. Sofortige Paralyse des rechten Armes und Beines, sowie der rechtsseitigen Rumpfmuskulatur. Die linke Pupille verengerte sich rascher, als die rechte. Darmfunction träge. Hyperalgesie der paralytischen Theile (rechts), während links Freiheit der Bewegung und Anästhesie bestand (für Tastempfindung, Wärme, Schmerz). Im weitern Verlaufe schwollen fast sämmtliche Gelenke der paralytischen Seite, manche bis zur Fluctuation, an. Nach ungefähr 5 Monaten starb Pat. marastisch. Man fand eine Fractur der rechten Seite des 6. Halswirbels, wobei ein dreieckiger Splitter mit der Spitze in die Markhöhle ragte und, wie aus Narben ersichtlich, die Dura und das Mark selbst angespiesst hatte. Vom 6. bis über den 7. Halswirbel waren Spuren eines nun grossentheils resorbirten Extravasates. Sämmtliche geschwellten Gelenke der paralytischen Seite bis auf die Interphalangealgelenke enthalten in ihrer Kapsel mehr oder weniger geronnenes Blut. **Menzel** (Triest).

P. Berdinel. Note sur un kyste hydatique du foie terminé par fistule hépato-bronchique.

(Gaz. hebdomad. 1876. No. 41.)

Zu 16, im Jahre 1860 von Davaine (Traité des Entozoaires) aus der Litteratur gesammelten Fällen von Durchbruch eines Hydatidensackes der Leber in die Bronchien (gegenwärtig sind wohl mehr als 16 bekannt) bringt B. eine ausführlich mitgetheilte neue Beobachtung aus der Abtheilung von Després. Eine 28jährige, unverheirathete Näherin, welche ein Jahr vorher von einer Echinococcusgeschwulst der Leber durch zweimalige Punction geheilt worden war, erkrankte an Erbrechen und heftigen Magenschmerzen; einen Monat später erfolgte nach vorübergehenden Frost- und Hitzeanfällen unter heftigem Husten eine copiöse Entleerung von braungrüner äusserst bitterer Flüssigkeit aus den Luftwegen. Die Untersuchung ergiebt eine bedeutende Vergrösserung der Leber, ohne wahrnehmbare Protuberanz an derselben; die fortwährend expectorirte grünlichgelbe Flüssigkeit erweist sich als Galle mit Bronchialsecret gemischt; die Fäces sind entfärbt, kein Icterus, Erbrechen hat seit dem Durchbruch aufgehört, das Allgemeinbefinden ist schwer beeinträchtigt. Da der Zustand längere Zeit unverändert bleibt, applicirt Després Wiener Aetzpaste auf eine Punctionsnarbe; ein langer Troikart wird in die Leber eingestochen; es entleert sich nur Blut. $1^1/_2$ Monat nach Beginn der Erkrankung entstand hinter der fast vernarbten Wunde (von der Aetzpaste) eine leichte Hervorwölbung der Leberoberfläche, die bald deutliche Fluctuation zeigte und aus welcher sich beim Aufbruche gallig gefärbter Eiter, untermischt mit Resten von Echinococcusblasen, entleerte. Die Pat. erholte sich; 14 Tage später brach am Rücken im 10. Intercostalraume abermals Eiter durch; aus keiner der beiden Oeffnungen entleerte sich Luft, auch nicht beim Husten. Von nun an langsame Reconvalescenz; die Expectoration von Galle hört allmälig auf, die Fäces werden gefärbt, die Leber kehrt auf ihr normales Volumen zuück, die Fistelöffnungen schlossen sich $^1/_2$ Jahr später. Fast zur selben Zeit, als dieses letztere Krankheitssymptom verschwand, traten ganz acut Varicen an den unteren Extremitäten auf, die in kurzer Zeit wieder abnahmen, doch aber das Tragen elastischer Strümpfe nothwendig machten. Després erklärt sie bedingt durch die Narbenretraction und die hierdurch hervorgerufene Zerrung oder Compression der V. cava. In der Besprechung des Falles sagt Després, es seien ursprünglich in der Leber mehrere Hydatidensäcke vorhanden gewesen, von denen der eine durch Punction entleert und geheilt worden sei. Ein zweiter habe ein grösseres Gallengefäss eröffnet; durch die einfliessende Galle seien die Entozoen getödtet und die Vereiterung der Cyste angeregt worden. Die gallig-eitrige Flüssigkeit hatte nach ihrem Durchbruch in einen Bronchus eine sehr irritirende Wirkung auf die Schleimhaut des Respirationstractus und die der Mund- und Rachenhöhle; es entstand eine hartnäckige blennorrhoische Bronchitis und eine eigenthümliche Pharyngitis, Stomatitis und Glossitis. Icterus war jedesmal nur wenige Tage vor Durchbruch des Abscesses vorhanden. Die Verwundung der Leber durch den Troikartstich hatte keine wahrnehmbaren üblen Folgen.

D. hält den beschriebenen Verlauf für charakteristisch bei Entleerung der Hydatidencyste in die Luftwege; die Genesung für den häufigsten Ausgang.

Winiwarter (Wien).

Letulle. Corps étranger de la vessie. Taille médiane. Guérison.

(Société anatomique, séances d'avril 1876.)

(Progrès médical 1876. No. 38.)

Der 41jährige Pat. hatte vor 6 Monaten wegen plötzlicher Harnretention aus unbekannter Ursache einen knöchernen Federhalter in die Urethra geschoben, ein Manoeuvre, welches er schon oft exercirt hatte. Dabei war der Federhalter in die Blase entschlüpft. In den ersten 3 Monaten keine Beschwerden, Harnentleerung normal. Darauf gingen eine Zeitlang kleine weissliche Partikelchen (petits gra-

viers blanchâtres) ab, die Pat. für Theile des Federhalters hielt. Dieselben verschwanden bald wieder, der Harn wurde aber immer trüber. Die Schmerzen waren nie lebhaft, dem Uriniren folgte jedoch ein peinliches Gefühl von Schwere am Damme, welches einige Minuten dauerte. Bisweilen entleerte sich auch Blut. — Bei der Aufnahme fühlte man mit der Sonde rechts und oben den Fremdkörper; in der Harnröhre keine Strictur. Im Urin Phosphate und Schleim. Trélat machte die sectio mediana und entfernte den schräg in der Blase liegenden, von Phosphaten umgebenen, 8 Ctm. langen Fremdkörper. Die gesammelten Concremente hatten ein Gewicht von ungefähr 100 Grm. — 16 Tage später drang kein Urin mehr aus der Wunde. Entlassung 20 Tage nach der Operation. Der Urin noch trübe und reich an Phosphaten. **Petersen** (Kiel).

Ferè. Arthrite sèche du coude. — Hernie scrotale double: rapport anormal de la vessie.

(Société anatomique, séances de mai 1876.)

(Progrès médical 1876. No. 40.)

Ein an Apoplexie zu Grunde gegangener Pat. zeigte ausser einer Arthritis deform. des linken Ellenbogengelenks, welche vielleicht in Folge einer Gelenkfractur entstanden war, ein abnormes Verhalten des Bauchfells vor der Blase: die Blase war bis ungefähr Fingerbreit unter dem Nabel ausgedehnt, trotzdem reichte das Peritoneum bis an die Symphyse, so dass ein Schnitt hart über der Symphyse die Peritonealhöhle öffnete. Die beiden vorhandenen Bruchsäcke hatten, wie es schien, den zwischen ihnen liegenden Theil des Bauchfells verhindert, dem Zuge der Blase zu folgen. **Petersen** (Kiel).

A. Heath. Case of popliteal aneurism cured in two hours by application of Esmarch's bandage.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 638.)

Durch Wagestaffe's Erfolg angeregt, versuchte H. im vorliegenden Falle die Compression mit elastischer Binde. Ein 29jähriger Arbeiter, der nie syphilitisch gewesen, empfand plötzlich Schmerz und Schwäche im linken Unterschenkel, und bemerkte eine klopfende, schmerzhafte Geschwulst unter dem Knie. Bei der Aufnahme zeigte die orangengrosse Geschwulst alle Symptome eines Aneurysma der Poplitea; die art. tibiales pulsirten nicht, die Venen des Unterschenkels waren erweitert. H. wickelte mit elastischer Binde das Bein von den Zehen bis zur Kniekehle ein, liess Pat. ein Zeit lang stehen, um das Aneurysma recht zu füllen, ging dann lose über das mit Watte bedeckte Aneurysma bis zum Oberschenkel, um nun bis zum obersten Theile desselben die Touren fester anzulegen. Nach $^3/_4$ Stunden musste wegen Schmerzen eine Morphium-Injection gemacht werden. $^1/_4$ Stunde später wurde Signoroni's Tourniquet im Scarpa'schen Dreiecke angelegt und die Binde entfernt. Das Aneurysma war hart und pulslos; das bläulich verfärbte kühle Bein wurde in Watte gehüllt. Als nach einer Stunde das Tourniquet auf einen Moment gelöst worden, zeigte sich das Aneurysma fest und pulslos. Da aber über demselben ein Gefäss pulsirte, so wurde das Tourniquet weitere 2 Stunden fest angelegt und erst dann gelockert. Pat. blieb dauernd schmerzfrei, die Pulsationen im Aneurysma kehrten nicht wieder.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prännumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. **Sonnabend, den 3. Februar.** **1877.**

Zur Statistik der Narkose.

Ein Vorschlag

von

Dr. Arthur Menzel,

Primarchirurg in Triest.

Während meines kurzen hiesigen Aufenthalts sind theils in Triest selbst, theils in naher Umgebung mehrfache Fälle von Chloroformtod vorgekommen. Nach englischen Statistiken soll bei Anwendung von reinem Chloroform etwa auf je 2000 Narkosen 1 Todesfall kommen. Wenn man jedoch alle Narkosen in Triest und in Görz während der letzten 4 Jahre zusammenzählen würde, so kann ich mit Sicherheit sagen, dass ein viel grösserer Mortalitäts-Procentsatz resultiren würde. Ebenso hört man fast jährlich: an der Klinik da, oder an der Klinik dort ist jemand in der Narkose gestorben, ohne dass man erführe, wie viel Narkosen der betreffende Chirurg schon

überhaupt vorgenommen; so dass, soviel mir bekannt, für Deutschland keine grössere Narkosenstatistik existirt. In den Spitalberichten, die mir zur Hand kamen, ist die Narkosenanzahl gar nicht erwähnt, dagegen mit grösster Gewissenhaftigkeit jede Excoriation angeführt und nach Körpertheilen rubricirt. Und doch wäre nichts leichter, nichts müheloser, als über die Narkosen eine genaue Statistik zu führen. Das hiesige Spital hat damit schon angefangen.

Jede Narkose wird notirt, und wird die jährliche Zahl (circa 160) künftig in dem betreffenden Jahresberichte mitgetheilt werden. Wenn jeder Kliniker und alle, oder doch viele Primarchirurgen solche Aufzeichnungen üben, so könnte man gewiss schon in 10 Jahren über ganz respectable Ziffern verfügen. Da überdies verschiedene Kliniker verschiedene Betäubungsmittel gebrauchen (ich z. B. brauche eine Mischung von Chloral 3, Aether 2, Alkohol 1), so wären die gewonnenen Zahlen auch zu Vergleichen ganz angethan. Auf die Frage, welche Todesfälle man eigentlich hieher rechnen solle, würde ich antworten: alle, welche während oder unmittelbar nach der Narkose stattfinden, wogegen in den übrigen Fällen der betreffende Chirurg und Prosector entscheiden wird.

Meusel. Bericht über die Privatklinik für chirurgische und Augenkranke. (Frühjahr 1875 bis Frühjahr 1876.)

(Beilage zu den Corresp.-Blätt. d. allgem. ärztl. Vereins von Thüringen 1876. No. 11.)

Aus der 85 Fälle umfassenden Casuistik des Verf. heben wir einige der interessantesten Krankengeschichten hervor. — Zunächst zwei Ovariotomieen. Die eine (Fall 20) betraf eine 26jähr. Frau, die 3 mal geboren hatte, das letzte Mal vor 3 Jahren. Entwicklung des Tumors im rechten Ovarium seit $1^1/_2$ Jahren. Sehr rasches Wachsthum der Geschwulst erforderte bereits im Winter 1874/75 eine Punction wegen Erstickungsgefahr. Bei der Operation wurden durch den absichtlich lang angelegten Bauchschnitt vier bis fünf faustgrosse, mit gallertigen Massen gefüllte Tumoren entwickelt. Vielfache, zum Theil flächenhafte Verwachsungen mit Netz und Därmen. Nach Anlegung von 5 Ligaturen, zur Sicherung der dicksten Adhäsionen, wird der kurze Stiel in einer Klammer fixirt. Salicylwatteverband. Operationsdauer 1 Stunde. Neben dem Stiel bildete sich ein grosser Abscess, der sich durch die Bauchwunde entleerte. Erst nach 5 Wochen war die Heilung vollständig und erfreut sich Pat. seitdem der besten Gesundheit. — Im zweiten Falle (No. 60) exstirpirte M. bei einer 26jährigen Jungfrau eine einkammerige, rasch gewachsene Ovarialcyste. Gar keine Adhäsionen. Kurzer Bauchschnitt, keine Ligaturen, der Stiel ebenfalls in eine Klammer gefasst und ohne Zerrung in der Bauchwunde fixirt. Operationsdauer kaum eine halbe Stunde. — Bereits am Nachmittag des Operationstages traten Erscheinungen von Trismus und Tetanus auf, wichen aber reichlichen Opiumgaben. Seitdem volles Wohlbefinden bis zum

15. Tage. Die Klammer war am 12. Tage entfernt worden. Die Wunde, prima intentione verwachsen, zeigte den Stiel fest in die trichterförmig eingezogene Narbe eingeheilt. — Vom 15. Tage an traten aber die Erscheinungen des Tetanus und Trismus um so heftiger auf. Durch Morphiuminjectionen wurden zwar an einzelnen Tagen mehrstündige Remissionen erzielt. Nach einer ruhigen Nacht ging jedoch Pat. am Morgen des 21. Tages in einem plötzlichen heftigen Krampfanfall von sehr langer Dauer zu Grunde. Die Section zeigte den Stiel in die Narbe fest eingeschlossen, an einer Stelle leicht mit einer Darmschlinge verlöthet; keine Peritonitis. Gehirn und Rückenmark wurden nicht untersucht. — Der Fall erinnert genau an einen ähnlichen, den Spencer Wells in seinem Werke über Ovariotomie geschildert hat. —

Sodann berichtet M. über einen durch Resection der Bruchenden mit 6 Ctm. Verkürzung geheilten Fall von Pseudarthrosis femoris (No. 3). Auf das obere Fragment waren zahlreiche kleine Knochensplitter aufgeheilt und trugen zur Bildung einer Pfanne bei, ausgekleidet mit einer glatten Membran, in der das untere Fragment articulirte. In den ersten 6 Wochen unter Lister'schem Verband weder anhaltendes Fieber, noch erhebliche Eiterung. — Da die Wunde im Verheilen war, glaubte M. den Lister'schen Verband weglassen zu können. Nun entstanden im Verlaufe von 14 Tagen 2 grosse Senkungsabscesse an der Innenseite des Oberschenkels, welche die Heilung beträchtlich verzögerten. Erst nach einem Vierteljahr waren die Abscesshöhlen geschlossen und das Femur consolidirt. — Pat. konnte mit erhöhter Stiefelsohle ohne Stock im Zimmer stehen und gehen. Mit Stock legt er selbst auf schwierigem Terrain bedeutende Strecken ohne Anstrengung zurück. Pat. ist Maueranstreicher, besteigt ohne Mühe das Gerüst und ist völlig erwerbsfähig. —

Durch Fall auf die linke Schulter hatte eine 25jährige Frau vor 7 Jahren eine Verletzung im Schultergelenk davongetragen, ohne dass man damals die Art der Verletzung festgestellt hätte. Ohne Schmerzen bildete sich allmälig das deutliche Bild einer Lux. subcoracoid. aus. Später entstand in der fossa supraclavicul. ein grosser, viel Eiter enthaltender Abscess, der jedoch gut ausheilte. Nachdem Pat. inzwischen geheirathet hatte, folgten bereits am Ende der ersten Schwangerschaft neue Abscesse an der Vorder- und an der Rückseite der Schulter und an dem grossen Brustmuskel. Von den zurückgebliebenen Fisteln kam man nirgends auf cariösen oder nekrotischen Knochen. Hohes Fieber, profuse Schweisse und grosse Prostration der Kräfte forderten einen operativen Eingriff. Ein Längsschnitt im Deltoideus vom vorderen Rand des Acromion legte folgende Verhältnisse blos: Cavitas glenoid. des Schulterblattes leer und verödet, der Gelenkkopf in einer dicken Schicht eines schwieligen Bindegewebes zwischen Rippen und Clavicula unbeweglich fixirt. Der Humerus in der Gegend des Collum chirurg. sehr schief zu seiner Längsaxe in der Weise gebrochen, dass das untere Ende des Ober-

armschaftes mit dem unbeweglichen, aus Gelenkkopf und Epiphysenrest bestehendem oberen Fragment articulirte. Der Gelenkkopf selbst erschien kleiner als normal, seine Oberfläche jedoch weder rauh noch cariös. Dagegen zeigten die spitzen Fracturenden cariöse Stellen und war Eiter zwischen denselben angesammelt. M. entfernte das ganze obere Fragment. Lister'sche Wundbehandlung. Die Heilung war eine langsame, mit Fieber und Eiterung verbunden. Die Bewegung im resecirten Gelenk soll nicht ungünstig sein. Der Gebrauch des Vorderarms war nie beeinträchtigt. —

Eine Ellbogenresection führte M. bei einem 30jährigen Patient (Carl Herold aus Menderode) aus, dem eine Kugel in der Schlacht von Wörth den Oberarm dicht über den Condylen zersplittert und das Radiusköpfchen zertrümmert hatte. Bei der Aufnahme erschien der Arm in gestreckter Stellung ankylosirt; die Armmuskulatur atrophisch. Eine eiternde Fistel führte in's Gelenk und bedingte immer neue schmerzhafte Entzündungsschübe in demselben. Verlauf nach der Resection fast fieberlos; die Wunde nach 8 Wochen geschlossen. Die Stellung des Armes rechtwinkelig; Beugung und Streckung passiv, in leichtem Grade auch activ möglich. Pronation wegen Verwachsung von Radius und Ulna nicht zu erzielen. Jetzt ist die Gebrauchsfähigkeit des Armes durch Kräftigung der Muskulatur wesentlich gebessert. Doch trägt Pat. eine Lederkapsel um's Gelenk, weil sich in demselben allmälig eine Verschieblichkeit nach der Seite herausgestellt hat.

Wir haben ferner eine Neurectomie des N. infraorbit. bei einem 47jährigen Mann zu erwähnen (Fall 69), bei welchem im Jahre 1873 M. die Resection des N. maxill. inf. von der Mundhöhle aus ebenfalls wegen Neuralgie ausgeführt hatte. Pat. war bis zum Herbst 1874 schmerzfrei geblieben, wo Verf. die Narbe der alten Wunde oberhalb der Lingula des Unterkiefers entfernte, und hiermit von Neuem den Pat. von seinem schrecklichen Leiden befreite bis zum Eintritt der jetzigen Neuralgie des N. infraorb. Auch diese wurde durch die obengenannte Neurectomie gehoben. Pat. soll längere Zeit Blasinstrumente gespielt haben, bis er das Spielen der eingetretenen Neuralgie wegen aufgeben musste. — M. erwähnt einen zweiten ähnlichen Fall, wo er die Resection des N. infraorbit. wegen Neuralgie ausgeführt hat bei einem Goldschmid, der sich sein Leiden durch Löthrohrblasen zugezogen haben will und der seine Anfälle willkürlich durch Blasen hervorrufen konnte. — Verf. tritt warm für die Neurectomie bei Neuralgieen ein. Wenn auch die Operation keinen dauernden Erfolg gebe, so sei die selbst vorübergehende Befreiung der Pat. von den Schmerzen, die das Leben fast unerträglich machen, ein hoher Gewinn. Bei Recidiven hat M. durch Excision der Narbe stets gute Erfolge erzielt und den verzweifelnden Pat. immer von Neuem eine längere schmerzfreie Frist gewährt. —

Ausser den einen Ovariotomirten hat Verf. noch 2 Todesfälle verzeichnet. Einen Fall von Necrotomie bei 18 Jahre lang bestehender

centraler Nekrose im Femur mit zahlreichen Cloaken und starkem Oedem der Extremität (Fall 33). Ausser einer doppelseitigen Pleuropneumonie und einem alten pleuritischen Exsudat rechts und hinten ergab die Section Amyloid in den Nieren. — Der zweite Fall (No. 80) betraf einen 36jährigen Fleischer, der sich vor 10 Tagen ein schmales Schlachtmesser durch den M. sartorius in die A. fem. gestossen hatte und durch mehrfache reichliche Blutungen aus der Wunde anämisch geworden war; er wurde im bereits pyämischen Zustande mit stark geschwollener Extremität in die Anstalt gebracht.

M. hat auch mit Erfolg Hauttransplantationen gemacht auf die ausgedehnte Exstirpationswunde eines Brustkrebses (Fall 37), um den Gebrauch des M. pector. weniger durch die folgende Narbencontraction zu beeinträchtigen; sodann zum Ersatz des oberen Augenlides nach Milzbrandpustel bei einem 8jährigen Knaben, bei dem die Narbe das Lid vollständig umgedreht hatte. Sehr guter kosmetischer Erfolg. In einem dritten Falle (No. 70) endlich handelte es sich um Durchtrennung einer ausgedehnten Brandnarbe an der Beugeseite des Vorderarmes bei einem jungen Mädchen. Dasselbe kann jetzt die normal gestellte Hand wieder vollständig gerade strecken.

Es wäre zu wünschen, dass uns recht oft in so knapper und präciser Art verfasste Berichte aus chirurgischen Anstalten vorlägen, wie der hier besprochene aus der Privatklinik zu Gotha.

v. Lesser (Berlin).

J. Radek. Bericht der chirurgischen Abtheilung des St. Lazarus-Spitals in Krakau für 1875.

(Przegląd lekarski 1876. No. 47—53, polnisch.)

Es wurden 417 männl. und 329 weibl., zusammen 746 Pat. beobachtet. Der Abgang betrug: 393 männl. und 301 weibl. = 694, wovon 448 = 64,5 % geheilt, 139 = 19,5 % gebessert, 65 = 9,5 % ungeheilt entlassen wurden und 45 = 6,5 % starben. Nach Eliminirung der binnen 24 Stunden Gestorbenen bleibt eine Mortalität von 5,7 %. Von grösseren Amputationen sind hervorzuheben: Amputationen: 5 am Oberschenkel mit 2 †; 2 am Unterschenkel; 1 nach Syme; 4 am Oberarme mit 2 †; 5 Herniotomieen mit 3 †; 1 Lithotomie (†). Die Wundbehandlung war zum Theil eine offene, zum Theil nach Lister und Thiersch, jedoch kann dieselbe erst im künftigen Bericht näher besprochen werden. Erwähnenswerthe Fälle: 1) 14jähriges Mädchen, klagt seit mehreren Wochen über Schmerzen im Kniegelenke; Patellarfluctuation. Die Annahme eines acuten Gelenkrheumatismus erweist sich als nicht begründet, indem im Gypsverbande die Anschwellung des Kniegelenkes verschwindet. Als Sitz des Schmerzes erweist sich die Poplitealseite der unteren Femurepiphyse. Tiefe Incision mit filum candens entleerte gegen 100 Grm. Eiter, der zwischen Periost und dem entblössten Knochen angesammelt war. — Langsame aber vollständige Heilung. —

2) Eingeklemmte Leistenhernie bei einem 50jährigen Arbeiter. Reposition der Därme nach Lossen's Methode. Der unfolgsame Pat. stand zu früh auf, worauf gleich von Neuem Incarcerations-Symptome auftraten. Neue Reposition in Narkose. Stuhlgang nach Ol. Ricini; am 5. Tage Entzündungserscheinungen im Bruchsacke, die zum Abscess führten; fistula stercoralis; Heilung. —

3) Eine 50jährige Frau zeigte eine Geschwulst unterhalb des Poupart'schen Bandes und Incarcerationssymptome. Es wurde hernia femoralis incarcerata diagnosticirt und sogleich zur Operation geschritten. Man fand die Bruchsackwände bis zu $^3/_4$ Ctm. verdickt, jedoch ohne Inhalt. Tod 12 Stunden nach der Operation. Bei der Section wird Peritonitis suppurativa in Folge von perforirendem Duodenalgeschwür gefunden.

4) Ein Fall von Periorchitis chronica suppurativa (Zeissl, Kocher), welche seit 5 Monaten bestand, verlief tödtlich durch Pyämie. Bei der Section wurde die Intactheit des Hodens nachgewiesen. — Die Aetiologie des Falles ist unbekannt, jedenfalls mussten Trauma und Excesse in Venere ausgeschlossen werden.

Obaliński (Krakau).

Bogolepoff. Zur Frage der physiologischen Wirkung des Jodkali.

(Arbeiten aus dem pharmak. Labor. zu Moskau. Herausg. von A. Sokolowski. I. Moskau 1876. p. 125—142.)

B. hat durch eine Reihe von Versuchen die Wirkung des Jodkali auf Puls, Blutdruck, Respiration und Körpertemperatur festzustellen sich bemüht. Die Pulsfrequenz wird unter dem Einfluss des Jodkali beschleunigt, gleichzeitig aber die Stärke und Resistenz der Pulse geringer, besonders bei grossen Dosen; hier wird der übermässig frequente Puls fadenförmig und schliesslich tritt Herzlähmung ein. Mit der Zunahme der Pulszahl geht Absinken des Blutdrucks Hand in Hand. Bei wiederholter Injection grosser Dosen fallen Puls und Druck gleichzeitig bis zum Eintritt der Herzparalyse. Die Respiration zeigt keine constanten Veränderungen, bald ist sie beschleunigt, bald nach vorgängiger Beschleunigung verlangsamt; bei grösseren Gaben sinkt die Zahl der Athemzüge plötzlich, indess steht die Respiration immer erst später, als das Herz still. An der Einwirkung des Jodkali auf das Herz haben die Vagi keinen Antheil, dagegen wird die durch Vagotomie verlangsamte Athmung durch Jodkali noch seltener und mühsamer, eine Erscheinung, die nach B. wahrscheinlich durch Affection des Athemcentrum in der Med. oblong. bedingt wird. Die Herzwirkung findet auf das excito-motorische Herznervensystem und die vasomotorischen Centren statt, wie Versuche mit Trennung des Halsmarks und der Vagi beweisen, in welchen das Herz starke Schwankungen des Druckes und der Pulsfrequenz hervorrief, als Folgeerscheinungen der Erregung und der darauf folgenden Lähmung der in

der Herzsubstanz selbst gelegenen excitomotorischen Ganglien. Auf die Hirngefässe wirkt das Jodkali erweiternd; nach seiner Einführung werden die feinsten, sonst nur mit der Loupe erkennbaren Gefässverzweigungen mit blossem Auge sichtbar. Wurde alsdann Bromkali injicirt, so nahm die Blutfülle des Gehirns wieder ab; die vorher so deutlichen Gefässverzweigungen verschwanden fast gänzlich. Versuche mit der Stromuhr von Ludwig ergaben eine Abnahme der Stromgeschwindigkeit um etwa $^1/_{15}$. Die Temperatur steigt fast constant an, öfters sogar um einige Grade; sowohl die Temperatursteigerung, wie das Absinken des Blutdrucks sind nach B. bedingt durch die Erweiterung der peripheren Gefässe; die Gefässerweiterung und Cirkulationshemmung zeigte sich an den Schwimmhautgefässen des Frosches noch deutlicher als am Gehirn. — Das Wesentliche der Wirkung des Jodkali beruht demnach nach B. in der schnell eintretenden Dilatation der peripheren Gefässe, von welcher die Abnahme des Drucks und der Pulsfrequenz, die vermehrte Absonderung der Drüsen, insbesondere der Speichel- und Schleimdrüsen, endlich die Temperatursteigerung herrührt. Infolge der Ausscheidung von freiem Jod auf die Schleimhäute werden diese afficirt und es kommt so zu den Erscheinungen des Jodismus. Die nervösen Erscheinungen: Unruhe, Schmerz und Druck in den Stirnhöhlen, Schlaflosigkeit und Hallucinationen sind wahrscheinlich durch die Ueberfüllung der Hirngefässe bedingt. Als Folge der Gefässdilatation des Rückenmarks erscheinen nicht selten Tremor, fibrilläre Zuckungen und Lähmungen.

J. Munk (Berlin).

E. Boekel. Du diagnostic et du traitement de l'ostéomyélite suppurée.

(Gazette médicale de Strasbourg 1876. No. 10.)

Ueber die Behandlung der eitrigen oder infectiösen Osteomyelitis sind die Autoren verschiedener Ansicht; die Trepanation der erkrankten Knochen, eine schon von J. L. Petit und neuerdings von Ollier u. A. empfohlene Methode wäre vom rationellen Standpunct am leichtesten zu vertheidigen, wenn man nicht einen Einwand zu berücksichtigen hätte, nämlich die Schwierigkeit der rechtzeitigen Diagnose. Eine Verspätung von 2—3 Tagen kann das Leben oder wenigstens das Glied gefährden. Verf. bespricht nun aus mannigfaltiger Erfahrung alle Anhaltspuncte, welche zur Diagnose verwerthet werden können.

Vor allem bieten weder Schmerz noch Benommenheit des Sensorium etwas besonders Charakteristisches. Der Initialfrost soll auch nicht constant sein; die öligen, von Roser und Chassaignac zuerst beschriebenen Tropfen im subperiostalen Eiter sprechen zwar sehr bestimmt für eine Osteomyelitis, hingegen schliesst ihre Abwesenheit letztere Krankheit nicht aus. Eine bedeutendere und circuläre Ablösung des Periostes, besonders letzterer Umstand, macht die Diag-

nose zu einer sehr wahrscheinlichen, ja beinahe zu einer sicheren, wenn sich andere Anhaltspuncte ebenfalls constatiren lassen. Als das sicherste Zeichen soll das Verbleiben der Temperaturerhöhung trotz ergiebiger Incisionen des Periostes sein. In diesem Fall muss man selbstverständlich durch sorgfältige Untersuchung der benachbarten Weichtheile das Vorhandensein einer anderen Fieberursache ausschliessen.

Bei spontanen chronischen Osteomyelitiden, welche viel seltener sind, constatirt man, wie Verf. sich bei einem ausgeprägten Fall überzeugen konnte, intensive bohrende Schmerzen, aber trotz der Eiterung keine Temperaturerhöhung. Man findet auch entsprechend der Lage des Krankheitsherdes eitrige oder plastische Periostitiden, welche Verdacht auf den osteomyelitischen Process geben können. Die Osteomyelitis der Amputationsstümpfe beginnt mit einem Frost und pyämischen Symptomen; man findet dann eine Periostablösung und eine Erweichung des Knochenmarkes, welche die mehr oder weniger tiefe Einführung einer Sonde in die Markhöhle ohne Resistenz erlaubt; seltener und bei chronischerem Verlauf übernarbt der Knochenstumpf, trotz einer eitrigen Osteomyelitis, die sich dann durch periostitische Abscesse und Fisteln kund giebt.

Zur Illustration folgende Krankengeschichten:

1) 15jähriger Knabe, Osteomyelitis tibiae; Verbleiben der Temperaturerhöhung trotz Eröffnung des subperiostalen Abscesses, darauf Trepanation der Tibia, der Eiterherd wird erst nach Anlegung einer zweiten Krone gefunden; Heilung.

2) 4jähriges Mädchen, Osteomyelitis humeri; Tepanation wegen derselben Indication, die erste Krone gelangt auf einen stinkenden Eiterherd. Heilung.

3) 72jährige Frau, chronische Osteomyelitis der Tibia; Trepanation, Evidement; Heilung.

4) 23jähriger Mann; Osteomyelitis nach Amputation der Tibia; Trepanation, Eiterherd gefunden nach 3 Kronen. Pat. erholt sich nicht mehr. Tod. **Girard** (Bern).

W. Roser. Ueber Verletzung des Hirnes vom Gehörgange aus. (Mit einem Holzschnitt.)

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 3. p. 480.)

Einige Fälle von Verletzungen des Kopfes, wobei Hirnwasser aus dem Gehörgange ausfloss und sogar Hirnmasse herausgepresst wurde, die aber trotzdem einen durchaus günstigen Verlauf nahmen, gaben R. Gelegenheit, nähere Untersuchungen über die Lage des Gehörganges zu machen. Es zeigte sich als sehr wahrscheinlich, dass die meisten solcher Fälle ausser Verletzung des Gehörgangs auch mit Verletzung des Trommelfells und des Tegmen tympani verbunden sind. Allerdings wird hier eine grosse Verschiedenheit der Fälle zu erwarten sein, da man bei Vergleichung

mehrerer Schädel eine grosse Verschiedenheit der Formation und der Dicke der hier in Frage kommenden Knochentheile antrifft. — Der Gehörgang grenzt mit seiner oberen Wand an die mittlere Schädelgrube und an die untere Schläfenwindung des Gehirns. Es gehört durchaus keine grosse Gewalt dazu, um von hier aus den Schädel zu perforiren und somit auch die Hirnhäute und das Hirn selbst mitzuverletzen, zumal oft eine ungewöhnlich dünne Wand zwischen Gehörgang und Schädelgrube sich befindet und ausserdem die Höhle des Trommelfells manchmal noch oberhalb des Gehörganges sich fortsetzt.

Diese bisher nur wenig beobachtete und noch nicht besprochene Nachbarschaft zwischen Gehörgang und Gehirn, die für Diagnose und Prognose bestimmter Verletzungen sehr wichtig ist, dürfte auch ihre praktische Anwendung finden und zwar bei Behandlung von Abscessen, Nekrosen, Kugeleinkeilungen, auch wohl bei Tumoren der betreffenden Gegend. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Landesberg. On the use of the atomizer in diseases of the eye.
(Philadelphia med. Times 1876. November 25. No. 235. p. 278.)

Schenkl rühmte in der Prager Vierteljahrsschrift von 1871 den Zerstäuber bei Augenkrankheiten, besonders bei Conjunctivalkatarrhen, chronischer Blennorrhoe, Pannus und verschiedenartigen Trübungen. Seitdem machte L. ebenfalls viele Versuche mit dem Apparat und theilt die Resultate 5jähriger Erfahrungen mit. Er verwirft den Zerstäuber bei allen Entzündungen, also auch allen Katarrhen der Conjunctiva. Bei trachomatösem Pannus sind die Vortheile sehr mässig, bei allen genuinen Cornealaffectionen ist er, so lange Entzündungserscheinungen bestehen, absolut verwerflich; sind dagegen letztere verschwunden, so beschleunigt er die Resorption der Trübungen. Alle frischen Trübungen, besonders die nach Verbrennungen und Anätzungen werden durch ihn schneller, als durch alle anderen Mittel zum Verschwinden gebracht. Bei diffuser Keratitis ist er, je eher angewandt, um so besser wirksam. Complication mit Iritis ist keine Contraindication. L. wandte den Zerstäuber von Sigl an und benutzte Lösungen von Zincum sulf. mit oder ohne Opium, ferner solche von Opium, Extr. opii, Cupr. aluminat., Natrium chloratum, Natrium carbonic. und bicarbonic. Mit Extr. opii wurden die besten Resultate erzielt. Dauer der Application für ein Auge 3—6 Min.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

C. Michel. Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes nach eigenen Beobachtungen. — Mit einer colorirten Tafel.
Berlin, **Aug. Hirschwald.** 1876.

In der vorliegenden Schrift berichtet Verf. über ein reichhaltiges Material von Erkrankungen des Nasenrachenraumes und der Nasenhöhle, das er während der letzten sechs Jahre in Cöln zu beobachten

Gelegenheit hatte und durch das er in den Stand gesetzt wurde, in Bezug auf Erkenntniss und Behandlung besagter Krankheiten eine grosse Reihe von Thatsachen aufzufinden und die Arbeiten von Voltolini, Meyer, Wendt theils zu bestätigen, zum Theil auch zu ergänzen und zu erweitern.

Von den Krankheiten der Nasenhöhle, welche letztere, wie Verf. zeigt, so vollständig als jede andere Höhle des Körpers untersucht und beleuchtet werden kann, erwähnen wir, dass bei dem chronischen Katarrh M. die Anwendung der Galvanokaustik sehr empfiehlt und gute Resultate davon gesehen hat. Ferner ist M. der Ansicht, dass die Ozaena hauptsächlich auf einer chronischen, eitrigen Entzündung der Nebenhöhlen, speciell der Sieb- und Keilbeinhöhlen beruhe, und zwar sind die Hauptgründe für diese Ansicht folgende: 1) der unzureichende pathologische Befund der Nasenhöhle, 2) die Art der Verbreitung des Secretes im hintersten Abschnitt der Höhle und am Schlunddache, selbst bei Ausheilung der afficirten Stellen in der Nasenhöhle, 3) der intensive Gestank des Secrets, der auf eine, die Zersetzung begünstigende Höhle deutet, 4) die ausserordentliche Hartnäckigkeit des Uebels. — Entleert sich aus den Siebbein- und Keilbeinhöhlen Schleim, so muss er bei aufrechter Haltung des Kopfes an das hintere Ende der mittleren Muschel gelangen, träufelt von da herab auf die untere und den Nasenboden nebst Gaumensegel. In der Rückenlage überzieht er das Schlunddach, in der Seitenlage das Septum. — Es pflegt daher M. folgende Behandlung der Ozaena einzuschlagen: zur Beseitigung des üblen Geruches und Fortschaffung des Secretes bedient sich M. einer mit einem Ballon, der im Innern eine Ventilvorrichtung hat, versehenen Spritze, welche in ihrer Anwendung einfacher als die Nasendouche ist, ausserdem einen kräftigeren Strahl als letztere hat, und mit welcher die Höhle daher nach allen Richtungen hin gereinigt und die Borken viel sicherer entfernt werden können. Es werden je nach der Secretmasse 1—3 Liter Wasser durch die Nase gespritzt. Für die Ausspülung der Nebenhöhlen wird eine etwas grössere Menge Wasser in die Nase gespritzt und, nachdem, wie es gewöhnlich zu geschehen pflegt, ein Theil desselben sofort aus dem anderen Nasenloche herausgestürzt ist, wird mit Daumen und Zeigefinger die Nase zugehalten, der Kopf stark nach vorne gebeugt und einige Minuten abwärts gehalten. Dadurch gelangt die Flüssigkeit in die Keil- und Siebbeinhöhlen und reinigt dieselben. Dem Wasser kann man 1—3 Esslöffel Kali chloricum, vorher in heissem Wasser gelöst, zusetzen. Der Geruch schwindet bei dieser Behandlung ganz und gar, ausserdem ändert sich schnell Quantität und Qualität des Secrets; doch hat sich M. von einer vollständigen Hebung der Ozaena noch nicht überzeugen können.

Für die Entfernung der Polypen empfiehlt M. nach dem Vorgange Voltolini's die Anwendung der galvanokaustischen Schneideschlinge und des Galvanocauters, nur benutzt M. dabei stets ein

Speculum, um die Schlinge schonender einzuführen und den Polypen vollständiger abzutragen.

Hypertrophie der Rachenmandel hat Verf. (im Gegensatz zu Voltolini) oft beobachtet (92 Fälle in 4 Jahren). Auch hier wird mit der galvanokaustischen Schlinge operirt.

Bei der Besprechung der Folgen der Verstopfung der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes glaubt Verf. möglicherweise das Offenstehen des Mundes und die spitze Gestalt des Oberkiefers, wie man bei Angehörigen der englischen Nation oft beobachtet, auch auf eine Hypertrophie der Rachentonsille zurückführen zu dürfen.

Zum Schluss werden noch die Veränderung der Sprache und Stimme durch Geschwülste im Nasenrachenraume besprochen, so wie auch das Verhältniss der Schwerhörigkeit zu den besprochenen Krankheiten. Verf. giebt den Rath, bei chronisch Schwerhörigen stets den Schlundkopf auf etwaige Hypertrophie der Rachentonsille zu untersuchen. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Magitot. De la thérapeutique de certaines anomalies de direction du système dentaire. De la variété rotation sur l'axe et son traitement par la luxation immédiate.

(Bulletin général de thérapeutique Tome XCI. No. 1, 2 u. 3.)

Zur Behandlung einer häufigen Unregelmässigkeit in der Stellung der Schneidezähne, nämlich der Drehung derselben um ihre Axe, hat man hauptsächlich zwei Methoden empfohlen. Man kann die Zähne mittelst orthopädischer Apparate langsam in die richtige Lage bringen; Verf. hat sich dieses Verfahrens bedient, kann es aber für nicht complicirte Fälle nicht empfehlen; es erheischt manchmal eine sehr lange Zeit, 1—2 Jahre bis zur Heilung, und letztere ist nach Entfernung des Apparates nicht einmal ganz sicher.

Dagegen erlaubt die operative Behandlung die abnorme Stellung auf der Stelle und radical zu corrigiren. Man fasst den Zahn mit einer zuvor mit Seide umwickelten geraden Zahnzange und bringt ihn durch eine forcirte aber vorsichtige Drehung in die gewünschte Lage, in welcher er häufig ohne weitere Hülfsmittel verbleibt oder vielleicht besser mittelst eines kleinen Stückes Guttapercha befestigt wird. Der Schmerz ist mässig, die Blutung so gut, wie Null. Nach 8—10 Tagen sind alle Folgen der Operation vorüber, der anfänglich wackelige Zahn ist wieder fest geworden. Während dieser Zeit muss der Patient selbstverständlich nur flüssige Nahrung bekommen.

Das zweckmässigste Alter zur Ausführung der Operation scheint das 8.—10. Lebensjahr zu sein. Verf. hat sie jedoch auch bei 17jährigen Patienten mit Erfolg angewendet. **Girard** (Bern).

Terrillon. Trois observations de frottement sous-scapulaire. (Referirt von Ledentu.)

(Bulletin de la société de chirurgie, séance du 25. octbr. 1876.)

Terrillon fügt den 9 Beobachtungen, welche seiner Arbeit über subscapulare Reibegeräusche und die Entwickelung eines accidentellen Schleimbeutels unter dem Schulterblatt zu Grunde lagen (s. Archives de médecine 1874. Octobre. 6. série. t. XXIV. p. 385), 3 neue Fälle hinzu, so dass mit denen von Gaujot, Boinet, Démarquay und Galvagni jetzt 18 Fälle dieser eigenthümlichen Affection beschrieben worden sind.

Die 3 Patienten, von denen einer ein 20jähriger Pastetenbäcker, 2 andere Pariser Aerzte sind, zeigten folgende gemeinsame Symptome: harte Crepitation unter dem Schulterblatt, welche theils nur unter der Bedingung hervortritt, wenn die Scapula durch Muskelwirkung nach unten und medianwärts gezogen und gegen den Thorax angepresst wird, und nun Bewegungen ausgeführt werden; ferner Herabsinken der Schultern im Zustande der Ruhe; Abstehen des medialen Randes der Scapula vom Thorax; eine gewisse Schwäche beim Erheben des Armes. Der gewöhnlichste Sitz der Crepitation ist die Gegend des untern Winkels der Scapula, doch ist sie auch weiter oben, in der Gegend der Spina (Terrillon) und unter dem obern innern Winkel (Gaujot) beobachtet worden.

Während die Symptomatologie des Leidens durch die bisherigen Beobachtungen hinreichend festgestellt ist, befinden wir uns hinsichtlich des eigentlichen Wesens desselben noch keineswegs im Klaren. T. vermuthet, dass folgende Ursachen der Crepitation zu Grunde liegen könnten:

1) Abnorme Krümmungen und Vorsprünge von Rippen und Scapula. Dieselben können durch eine Art Usur die Perforation des m. subscapularis und serrat. major und dadurch den directen Contact der Knochen herbeiführen.

2) Primäre Atrophie der subscapularen Muskeln (z. B. bei Phthisikern).

3) Vollständige oder unvollständige Ankylose des Schultergelenks, welche eine Steigerung der Bewegungen der Scapula und eine mehr oder weniger ausgesprochene Muskelatrophie bedingt. Die zuletzt angeführte Ursache hält er für die häufigste.

Es bleiben indessen — auch die Richtigkeit von T.'s Vermuthungen zugegeben, immer noch eine Anzahl von Fällen übrig, welche sich den obigen 3 Gruppen nicht subsummiren lassen. Es ist daher nach anderen Erklärungen zu suchen. Ledentu macht deshalb darauf aufmerksam, dass nach Cruveilhier die oberste Zacke des serrat. antic. maj., welche sich an der vorderen Seite des oberen inneren Winkels der Scapula inserirt, von den 3 folgenden, und ebenso die 4. Zacke von dem tiefer gelegenen Rest des Muskels durch eine Zellgewebslage deutlich getrennt seien. Diese beiden Spalten finden

sich aber gerade da, wo in der Regel die stärkste Crepitation constatirt wurde. Eine angeborene abnorme Breite derselben oder auch eine ungewöhnliche Schmächtigkeit der mittleren Portion des Muskels ohne eigentliche Atrophie würden es verständlich erscheinen lassen, wie ohne besonders nachweisbare Veranlassung die Knochen auf einander reiben, wie diese Reibungen eine sehr beschränkte und durch den electrischen Strom nicht nachweisbare Druckatrophie der Muskeln herbeiführen und wie gewisse Bewegungen, die das Reiben begünstigen, besonders leicht Schmerz und Schwäche der obern Extremität veranlassen können; ebenso, warum ein orthopädischer Apparat, welcher das Schulterblatt vom Thorax abzieht, die sämmtlichen lästigen Symptome beseitigt und warum die Faradisation einen vollständigen Misserfolg haben muss. **Schede** (Berlin).

Estländer. The frequency of stone in the bladder in Finnland.

(Bost. med. and surg. Journal 1876. Vol. II. p. 513.)

Mit Bezug auf die Aetiologie der Steinbildung in der Harnblase sind die Fälle in zwei Gruppen zu theilen. Bei der ersten bilden sich Steine ohne Störungen in den Harn bereitenden und ausführenden Organen auf anscheinend constitutioneller Grundlage; bei der zweiten beruht die Steinbildung lediglich auf Störungen in den Harnorganen. Sind Fälle der ersten Gruppe in einem Districte häufig oder häufiger, als in anderen, dann ist die Annahme endemischer Ursachen (Trinkwasser etc.) gesichert, nicht so bei der zweiten Gruppe. Hier glaubt Verf. endemische Einflüsse ganz ableugnen zu müssen. In seiner chirurgischen Klinik, der einzigen in Finnland, ist laut Krankenbüchern seit 54 Jahren nur ein Blasenstein verzeichnet und dieser noch dazu bei einem eingewanderten Russen. Nachfragen bei den gesammten Krankenhausvorständen haben ihn belehrt, dass im ganzen Lande (1,829,919 Einw.) in den letzten 10—15 Jahren kein Blasenstein zur Beobachtung kam. Weiterhin hat er im Hospitale keinen Nierenstein gesehen, nur bei Blasenparalyse Steinbildung beobachtet. In der Privatpraxis sah er bei Leuten der besseren Stände innerhalb 17 Jahren vielleicht 12 Steine bei Patienten mit Prostata-Hypertrophie etc. Gerade der Umstand, dass bei Armen und bei der arbeitenden Klasse Steinbildung nicht auftritt, lässt für Finnland endemische Verhältnisse mit Sicherheit ausschliessen.

Finnland mit seiner Granitformation hat ein sehr reines Wasser, dem nur geringe Mengen alkalischer Salze beigemengt sind. Die Bevölkerung lebt vorzugsweise von Cerealien, Erdäpfeln, Fischen und saurer Milch; Fleisch wird wenig genossen. Endlich ist es Landessitte, häufig heisse Bäder zu nehmen und dadurch die Haut in normaler Thätigkeit zu erhalten. **Pilz** (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

P. Baumgarten. Knorpel, Knochen und Anilinfarbstoffe.
(Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1876. No. 37.)

Einige Anilinfarbstoffe (Leonhardi's Tinte) bringen constante Farbenunterschiede an Knochen und Knorpel hervor, aber nur, wenn man auf das Präparat vorübergehend Salzsäure einwirken lässt. Die Tinction ist sehr schön. Die Präparate lassen in Glycerin sich wohl aufbewahren, nicht aber in Balsam. Dagegen lassen sich mit Fuchsin behandelte Schnitte sehr wohl in Balsam einschliessen und erhalten ausserdem noch schönere Farben. Die Salzsäure darf aber hier nicht in Wasser ausgewaschen werden, sondern in Glycerin oder Alkohol.

Zur Untersuchung pathologischer Verhältnisse und besonders für den Nachweis verkalkter Knorpelgrundsubstanz leistet diese Behandlung das Beste.

A. Bidder (Mannheim).

A. W. C. Berns. Die Stromuhr von Ludwig und die Fiebertheorie von Hüter.
(Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1876. No. 34.)

Durch noch genauer zu veröffentlichende Controlversuche ist Verf. zu dem Resultat gekommen, dass die Ansicht Hüter's, während des Fiebers sei die Blutcirculation verlangsamt, nicht richtig ist. **A. Bidder** (Mannheim).

Becker. Zur Therapie der Pseudarthrosen.
(Bair. Aerztl. Intell.-Blatt 1876. No. 41. p. 423.)

Eine Pseudarthrose der Tibia zwischen mittlerem und oberem Drittel, nach complicirter Fractur des Unterschenkels und fester Verwachsung der Fibulafragmente, wird 3 Monate nach der Verletzung, bei einem kräftigen Manne in guten Jahren, mit Carbolinjectionen behandelt, indem aufsteigend 3—6 procentige Lösungen mit der Pravaz'schen Spritze in Gaben von 2—4 Grammen und in Pausen von 1—4 Tagen durch einen oder mehrere Einstiche in das Zwischengewebe injicirt werden. Heftige Reaction trat nie ein. Die Behandlung geschah in einem gefensterten Gypsverband. Feste Vereinigung nach 4—5 Wochen. Verf. räth, vorsichtshalber mit schwachen Lösungen anzufangen und möglichst frühzeitig die Behandlung zu beginnen. **Mögling** (Tübingen).

Verneuil. Affaissement de plusieurs corps vertébraux chez un homme atteint de paralysie générale.
(Bulletin de la société de chirurgie, séance du 11. octbr. 1876.)

Unter Hinweis auf die in letzter Zeit zahlreich mitgetheilten Beobachtungen von abnormer Fragilität der Knochen bei gewissen Leiden der nervösen Centralorgane, auf welche zuerst Charcot aufmerksam gemacht hat, theilt V. die Krankengeschichte eines an allgemeiner Paralyse und Diabetes leidenden Mannes von 50—55 Jahren mit, bei welchem sich nach vorausgegangenen vagen Schmerzen in der Wirbelsäule und den unteren Extremitäten im Laufe von 14 Tagen ein so bedeutender Gibbus entwickelte, dass man ein Zusammensinken (écrasement) von mindestens 3 Wirbelkörpern annehmen musste. Die Spitze des Gibbus lag in der Höhe des 8. Brustwirbels. Der Kranke starb bald darauf an einer Pneumonie, doch konnte leider keine Section gemacht werden. Da sich Caries mit Bestimmtheit ausschliessen liess, so glaubt V. die befriedigendste Erklärung in der Hypothese zu finden, dass unter dem Einfluss der Paralyse eine eigenthümliche Veränderung des Knochengewebes eingetreten sei, welche zur spontanen Compressionsfractur geführt habe. **Schede** (Berlin).

Warren. Paralysis of the posterior arytenoid muscles; tracheotomy.
(Bost. med. and surg. Journal 1876. Vol. II. p. 272.)

Der 3jährige Knabe hatte seit 8 Monaten Husten, seit 3 Monaten Verschwärung der seitlichen Halsdrüsen; seit 6 Monaten war die Stimme heiser und es

erfolgten vielfache Athem- und Schlingbeschwerden. Bei der Aufnahme fanden sich auf beiden Lungen reichliche Rasselgeräusche; Gaumen und Rachen waren normal, die Mandeln und seitlichen Halsdrüsen vergrössert. In der letzten Zeit wurden Erstickungsanfälle häufiger und man erkannte mit dem Laryngoskop, dass die Stimmbänder sich im hinteren Theile genau berührten, im vorderen nur einen kleinen Spalt offen liessen; da das Kind immer schwächer wurde, und anfing die Nahrung zu verweigern, so wurde die Tracheotomie gemacht. Sogleich erweiterte sich der Thorax ausgiebig bei jeder Inspiration, das Kind konnte gut schlafen, fing an zu essen und verlor seinen Husten schnell. — Innerhalb 10 Tagen volle Herstellung bis auf die Veränderung an den Stimmbändern, die ungeändert verblieb; nach den Erfahrungen Makenzie's bleibt die Lähmung permanent, so dass die Kanüle nie abgelegt werden kann. — **Pilz** (Settin).

Krzykowski. Schornsteinfegerkrebs.

(Przegląd lekarski 1876. No. 52. polnisch.)

Ein 30jähriger Kaminfeger, der sich seit seinem 16. Lebensjahre dem genannten Berufe widmet, erzählt, dass er ungefähr vor einem Jahre zunächst Warzenbildung an beiden Händen, später am Hodensacke bemerkt habe. Reizung (Kratzen) des letzteren führte zu einem Geschwür, das jetzt die Grösse eines Thalers erreicht hat. Exstirpation; Heilung. — **Obaliński** (Krakau).

Fasbender. Zwei Ovariotomien. Aus der gynäkolog. Univ.-Klin. in Berlin.

(Berl. klin. Wochenschrift 1876. No. 47.)

Verf. hat beide Fälle glücklich operirt; jedesmal handelte es sich um ein multiloculäres Cystoid des rechten Ovariums. Leichte Verklebungen mit der vorderen Bauchwand wurden im ersten Falle leicht gelöst, eine feste Verbindung mit dem Dünndarm en masse nach beiden Seiten unterbunden, die kurz abgeschnittenen Ligaturen versenkt; der Stiel in eine Krassowsky'sche Klammer gelegt und mit dem Ferrum candens durchschnitten. Bauchwunde durch Eisendrahtsuturen geschlossen, deren letzte um den Stiel geführt wird und diesen $1/2$ Ctm. unter der Klammer umfasst. Der Stiel mit Heftpflaster befestigt; Carbolcompresse und Eisblase aufs Abdomen. Am 10. Tage die erste, am 17. die letzte Sutur entfernt und der pilzartig hervorquellende Stiel in zwei Pinces gefasst und abgeschnitten. Entfernung der Pinces am 20. Tage.

Im 2. Falle machten vielfache Verwachsungen mehrfache Trennungen und Ligaturen nöthig, welche letztere versenkt wurden. Drainage durch das hintere Scheidengewölbe vom Bauche aus. Fixirung des Stiels in der Krassowsky'schen Klammer und Durchtrennen des Stiels und einzelner Adhäsionen mit dem Glüheisen. Heilung wie im ersten Falle. Allgemeinbetrachtungen folgen.

v. Mosengeil (Bonn).

Bockenheimer. Ein kleiner Beitrag zur Ovariotomie.

Frankfurt a/M. 1876. 8°. 37 S.

Die multiloculäre Ovarialcyste der 43jährigen Pat. zeigte Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand und starke Verwachsungen mit dem Omentum. Beginn des Leidens seit 4 Jahren bemerkt. Durch eine Probepunction wurde festgestellt, dass die Cyste eine ziemlich dünnwandige war, dabei entleerte sich bräunliche Flüssigkeit von colloider Beschaffenheit, welche viel Albumen, epitheliale Gebilde und Fetttropfen enthielt. Operation am 9. Juni 1876 unter 5 % Carbolspray. 8 Ctm. langer Schnitt in der linea alba. Beim Einstechen des Troikarts flossen 20 Litres Flüssigkeit ab. Um die Adhäsionen mit der Hand lösen zu können, musste die Wunde um 3 Ctm. verlängert werden, dabei lagerten sich noch zwei Cysten vor, welche punctirt wurden. Die Verwachsungen der grossen Cyste mit der vorderen Bauchwand wurden leicht gelöst; diejenigen mit dem Omentum waren fester. Das Omentum riss ein; es mussten 2 Catgutligaturen angelegt werden; sie wurden im obern Wundwinkel befestigt. Verdickte Netzpartien, welche auch an der Cyste adhä-

rirten, trug man ab. Der Stiel der Geschwulst wurde mit der Klammer umfasst, ausserdem jedoch in 2 Portionen mit Seide unterbunden, wodurch man das Entfernen der Klammer bereits am 2.—3. Tage ermöglichte. Ausspülen der Bauchhöhle mit 2 % Carbollösung und Schluss der Wunde durch 3 tiefe, das Peritoneum mitfassende und 4 oberflächliche Nähte. Erstere wurden am 7., letztere am 4. Tage entfernt. Auf die Wunde legte B. eine in 3 % Carbolsäurelösung getauchte Compresse, auf den Unterleib einen Eisbeutel. Champagner, kleine Eisstückchen, und starke Bouillon innerlich. Brechreiz und Erbrechen traten nur in den ersten Tagen nach der Operation auf; die Stuhlverstopfung wurde mit Ol. Ricini bekämpft. Die Temperatur erreichte am 2. und 4. Tage 39,0°, vom 7.—16. war sie normal. Weiterhin trat in Folge von Eiterretention heftiges Fieber bis zu 40,2° auf, und persistirte 10 Tage lang. Nach Entleerung des Eiters rasche Heilung. Am 41. Tage verliess Patientin das Bett, am 53. Tage das Spital.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Godson. Retroversion of the gravid uterus.

(The obstetr. Journal of Great Britain etc. 1876. Novbr.)

Eine 39jährige Frau, Mutter von 9 Kindern, zog sich im ersten Monat der Schwangerschaft durch das Heben einer schweren Last eine acute Retroversion des schwangeren Uterus zu, welche ausserordentliche Schmerzen im Unterleibe und Urinretention nach sich zog.

In der linken Seitenlage wurde der Uterus zunächst mit den Fingern und dann allmälig mit einem mit Luft erfüllten Gummiballon aufgerichtet und so mehrere Tage aufrecht erhalten, wobei sich die Menge des täglich spontan wieder abgehenden Urins immer mehr minderte.

Nach 14tägiger Bettruhe war Patientin geheilt. Verf. lobt sehr diese schmerzlose und schonende Art der Reposition des schwangeren Uterus, bei welcher die Knie-Ellenbogenlage entbehrt wird.

Leopold (Leipzig).

Ramonède. Gangrène de la bouche, nephrite interstitielle, excrétion d'urines bleues.

(Bulletin de la société anatomique de Paris 1876. p. 29.)

Im vorliegenden Falle, wo während des Lebens andauernd blauer Urin entleert worden war, ergab die Section ausser Milzinfarcten, eine frische interstitielle Nierenentzündung. In der sich daran anschliessenden Discussion betont Robin die Charaktere des blauen Stoffes seien genauer als bisher festzustellen; so habe weder Gubler noch er jemals die Gegenwart von Indigo nachweisen können; das Indican stehe dem Indigo nicht nahe. Der in fieberhaftem Zustande, bei heftigen diarrhoischen Zuständen entleerte blaue Urin hat als Farbstoff noch nicht vollständig oxydirte albuminoide Substanzen; unter anderen Umständen finde man das Cyanurin, einen Stoff, der in der Mitte zwischen Harnstoff und Harnsäure stehe, endlich treffe man noch Indigose an, eine Umwandlung des Indol.

Pilz (Stettin).

Bylicki. Eine grosse Blasenscheidenfistel geheilt mittelst Operation nach vorgängiger Behandlung der Scheide mit Bozeman's Kugeln.

(Przegląd lekarski 1876. No. 51. polnisch.)

Die Fistel war Thalergross und reichte bis an den Cervicalmund; in der Mitte des vorderen Randes befand sich eine harte schnurartige Narbe. Bozeman's Kugeln wurden von No. 1 bis No. 4 in einer Frist von über einen Monat eingeführt und erst dann zur Operation geschritten. ⊥ förmige Wundvereinigung. Heilung. —

Obalinski (Krakau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. Sonnabend, den 10. Februar. **1877.**

B. Bardenheuer. Jahresbericht über die chirurgische Thätigkeit im Cölner städtischen Bürger-Hospitale während des Jahres 1875.

(Cöln 1876. 413 S. 50 Holzschnitte und ein Anhang.)

Die Einzelheiten dieses mit grossem Fleisse zusammengestellten und mit zahlreichen instructiven Krankengeschichten versehenen Berichtes eignen sich nicht zur Wiedergabe an dieser Stelle.

In dem übersichtlich nach den Körperregionen geordneten Materiale muss sich der Leser das ihn Interessirende aussuchen; er wird dann Gelegenheit haben, sich mit den in gedrängter Kürze niedergelegten Erfahrungen und Anschauungen des Verf. über Aetiologie, Krankheitsverlauf und Behandlung der verschiedensten chirurgischen Affectionen bekannt zu machen.

Nur auf die im allgemeinen Theile besprochenen accidentellen Wundkrankheiten und ihr Verhältniss zu den neueren Wundbehandlungsmethoden kann etwas näher eingegangen werden.

Was zunächst die Zahl der Kranken betrifft, so wurden im Jahre 1875 3594 Personen im Hospitale und in der Ambulanz behandelt.

An diesen wurden 1077 Operationen ausgeführt, darunter 34 Amputationen resp. Exarticulationen (mit 12 Todesfällen, jedoch keiner an in Folge der Operation entstandener Pyämie) und 60 Resectionen (mit 8 Todesfällen, 2 durch Pyämie, wovon in einem Falle die Pyämie jedoch schon vor der Operation bestand). Im Ganzen starben 162 Individuen und zwar in Folge von Erysipel 4, von septischer Phlegmone 3, von Trismus und Tetanus 3, Septikämie 4, Pyämie 31; von diesen letzteren waren überkommen aus dem Jahre 1874 3, aufgenommen mit Pyämie 6, nicht antiseptisch behandelt 9, nach Lister Behandelte 9, nach Thiersch Behandelte 3, mit Benzoë-Watte Behandelte 1.

Mit dem Anfange des Jahres 1875 wurde die antiseptische Behandlung eingeführt und überall, wo es möglich war, angewandt. Verf. verband zunächst nach Lister. Die Resultate waren dabei zwar bedeutend besser als früher, aber doch noch nicht ganz zufriedenstellend. Verf. sucht selbst den Grund in den Fehlern, die er dabei begangen; namentlich habe er viel zu oft (zuweilen 3—4 mal in 24 Stunden) verbunden und bei jedem Verbandwechsel die Wunden von Neuem mit Carbolsäure ausgespritzt. Er hatte diese Fehler kaum vermeiden gelernt, als er mit dem Bekanntwerden des Thiersch'schen Salicylverbandes das Lister'sche Verfahren wieder verliess und fast ausschliesslich jenes zur Anwendung brachte. Die besseren Resultate, die er mit dem Salicylverband erzielte, schreibt er selbst hauptsächlich den angeführten Umständen zu.

Um nun eine Vorstellung von den äusserst schlechten Hospitalverhältnissen zu geben, bringt Verf. eine Zusammenstellung der im November und December 1874 (Beginn der Thätigkeit des Verf.) Operirten und Schwer-Verletzten, welche nach alter Art behandelt wurden: es sind 49, von welchen 15 starben, und zwar 11 an Pyämie. Ferner eine Liste derjenigen Operirten aus dem Jahre 1875, welche nicht antiseptisch behandelt werden konnten; sie enthält 115 meist kleinere Operationen, von denen 7 in Folge von Pyämie tödtlich endeten. Von 82 nach Lister Behandelten (meist grosse Operationen und schwere Verletzungen) starben 7 an Pyämie (eigentlich 9, doch 2 Fälle können nicht der Behandlung zur Last gelegt werden). Verf. bemerkt dazu, dass die Pyämie nur da eintrat, wo der Verband der Körpergegend wegen nicht gut angelegt werden konnte und dass er überhaupt anfangs nicht mit der nöthigen Sorgfalt die Verbände applicirt habe.

Von 18 mit dem Benzoëverbande Behandelten starb 1, von 220 nach Thiersch Behandelten starben 3 an Pyämie. Doch legt Verf. keinen dieser Todesfälle dem Verbande zur Last, da derselbe bei diesen Kranken nicht genau angelegt werden konnte.

Verf. entscheidet sich für die Thiersch'sche Methode, die ihm in trockener Form, als Salicylwatteverband, oder in einzelnen Fällen in

nasser, als Salicylberieselung die besten Dienste geleistet hat. Keine der antiseptischen Methoden hat die Entstehung von Erysipelen zu hindern vermocht, von denen 25 beobachtet wurden.

In einem Anhang bespricht Verf. die Indicationen zur Anwendung des scharfen Löffels, unter Beifügung mehrerer Krankheitsgeschichten, wobei die Fälle von Heilung des Trachoma verum mittelst des Löffels von besonderem Interesse sind. **A. Bidder** (Mannheim).

Graefe und **Saemisch.** Handbuch der gesammten Augenheilkunde Bd. VII; erste Hälfte.

Leipzig. **Wilh. Engelmann.** 1876.

Von den beiden Capiteln dieser Hälfte bringt das erste (XII.) die »Erkrankungen der Thränenorgane« von Prof. Schirmer in Greifswald. Verf. constatirt die üble Lage, in der sich dieses Capitel gegen andre Abschnitte der Ophthalmologie befindet; es mangelt die Autopsie in vivo und fast immer auch post mortem. Die Folge war besonders früher eine wesentlich in sehr detaillirter Nomenklatur bestehende Pathologie und eine ebenso complicirte, wie sich vielfach widersprechende Therapie. In der vorliegenden Arbeit finden die vereinfachten und möglichst anatomisch fundirten Anschauungen der Jetztzeit ihren vollständigen Ausdruck.

Im Cap. XIII behandelt Förster die Beziehungen der Allgemeinleiden und Organerkrankungen zu Veränderungen und Krankheiten des Sehorgans. Plan und Inhalt der ungemein anregenden Arbeit, von der man sich ohne Zweifel eine directe Förderung des gemeinschaftlichen Wirkens auf beiden Gebieten versprechen darf, werden am besten aus einer kurzen Mittheilung des Vorwortes erhellen. Der Entschluss, diese Darlegung, in solcher Vollständigkeit ein erster Versuch, in das Handbuch aufzunehmen, entspringe dem Wunsche, die vielfach ausgesprochene Ansicht einer Isolirung der Ophthalmologie als irrig zu erweisen. Die Abtrennung von der Chirurgie sei durch das Anwachsen beider Fächer als eine naturgemässe eingetreten, seitdem aber ein innigerer Anschluss an die innere Medicin gewonnen, der die Ophthalmologie näher stehe, als der Chirurgie. Dieser Zusammenhang sei weniger auf Seite der Augenärzte verkannt worden, als dass vielmehr die innere Medicin bisher die ausgedehnte Symptomatologie, die ihr aus den neueren ophthalmologischen Arbeiten geliefert werde, wenig berücksichtigt habe. — Den Eintheilungsplan des Capitels geben nicht die Augenkrankheiten, sondern die Organleiden und Allgemeinerkrankungen. Es enthält das Capitel einerseits ein Ophthalmosemiotik der innern Krankheiten, andrerseits eine allgemeine Aetiologie der Augenkrankheiten, soweit sie von innern Krankheiten abhängig sind. **Fränkel** (Chemnitz).

Danewsky. Zur Lehre über die physiologische Wirkung des salicylsauren Natrons.

(Arbeiten aus dem pharmakol. Laboratorium zu Moskau. Herausgegeben von **A. Sokolowski.** 1876. Moskau. Bd. 1. p. 198—221.)

Das Ergebniss der Versuchsreihe von D. lässt sich etwa so zusammenfassen: sehr charakteristisch ist der Einfluss des Natr. salicyl. auf das Gefässsystem. Anfangs nimmt die Energie der Herzthätigkeit zu, daher kräftigere Systolen und Ansteigen des Blutdrucks. Die Pulsfrequenz wird infolge der Einwirkung auf die Vagi bald grösser, bald geringer als in der Norm, später wird der Puls schwächer und schneller oder schwächer und langsamer, indem das excitomotorische Herznervensystem, insbesondere bei grossen Dosen gelähmt werden soll. Das Ansteigen des Blutdruckes ist theils auf die grössere Energie der Herzcontractionen, theils auf directe Reizung der vasomotorischen Centren zurückzuführen. Für letzteres Moment sprechen noch zwei Erscheinungsreihen: einmal sinkt nach Trennung des Halsmarks der Blutdruck, zweitens aber steigt der Blutdruck bei Einführung des Salicyl in die Carotis an, bei welcher Versuchsanordnung das Gehirn ein gewisses Quantum des Mittels früher zugeführt erhält, als das Herz. Die Beschleunigung der Respiration soll durch Reizung der Lungenvagi und nicht durch directe Betheiligung des Athemcentrums in der Medulla bedingt sein; nur bei sehr grossen Dosen wird das Athemcentrum allmälig oder auch sofort bis zur Asphyxie gelähmt. Was endlich den Einfluss des Salzes auf die Temperatur betrifft, die therapeutisch wichtigste Seite, so ist diese bei gesunden Menschen und Thieren sehr inconstant und unbedeutend, bei fieberhaften Zuständen dagegen sowohl beim Menschen-, wie beim Thierversuch evident. Die meiste Wahrscheinlichkeit für die Erklärung der temperaturerniedrigenden Wirkung hat nach D. folgende Betrachtung für sich: In den fieberhaften Processen dürfte es vielleicht sehr schnell infolge verminderter Herz- und Vasomotoren-Thätigkeit zum Absinken des Blutdrucks kommen; nun steigert das Natr. salicyl. ähnlich dem Chinin und der Digitalis den Blutdruck, ausserdem befördert es, wenigstens in grossen Dosen, sowohl die Circulation, wie die Wärmeabgabe, wie aus 2 calorimetrischen Versuchen von D. hervorgeht. In der Einwirkung auf diese drei Factoren würde nach D. der Schlüssel zur Erklärung der Temperaturerniedrigung zu suchen sein. **J. Munk** (Berlin).

V. v. Ebner. Ueber den feineren Bau der Knochensubstanz.

(72. Bd. der Sitzungsberichte der K. Academie der Wissenschaften, III. Abtheil.)

Als Ausgangspunct für die vorliegenden werthvollen Untersuchungen dienten dem Verf. die Resultate, welche er durch Studien über das Verhalten des Knochengewebes im polarisirten Lichte (Centralbl. f. Chir. 1875, p. 670) gewonnen hatte. Auf Grund seiner neuen sorgfältigen Untersuchungen kommt Verf. zunächst zu dem Schlusse,

dass die Knochengrundsubstanz aus leimgebenden, nicht verkalkten Fibrillen zusammengesetzt ist; letztere werden durch eine Kittsubstanz, welche die Knochenerde enthält, zusammengehalten. Somit sind die Knochensalze mit der leimgebenden Substanz nicht chemisch gebunden. Die Knochenfibrillen bilden Bündel von circa 3 Mm. Durchmesser, welche in einfacher Lage oder nur wenige übereinander durch zahlreiche spitzwinklige Anastomosen eine dicht gewebte Platte mit kleinen rhombischen Maschen, primäre Lamellen, darstellen. Die einzelnen Lamellen hängen durch schief abtretende Bündel unter einander zusammen. Folgen mehrere primäre Lamellen mit gleicher Faserrichtung aufeinander, so kommt es zur Bildung verschieden dicker secundärer Lamellen und die lamellöse Structur tritt an Schnitten und Schliffen um so deutlicher hervor, je mehr in aufeinander folgenden Schichten die Faserrichtung wechselt.

Hierauf erörtert Verf. die Frage, wie die Lamellen in der Fläche begrenzt sind, wie sie anfangen und aufhören, eine Frage, welche bekanntlich für die Lehre von der Knochenresorption von grosser Wichtigkeit ist. v. E. kommt zu dem Ergebniss, dass die Knochen des erwachsenen Menschen aus einer Unzahl kleiner Gewebsstücke sich aufbauen, welche von sehr mannigfaltiger Gestalt und von unebenen, unregelmässigen Flächen begrenzt sind. Dieselben hängen nur theilweise durch Knochenfaserbündel mit einander zusammen; grösstentheils sind sie aber vollständig von einander unabhängig und nur durch einen festen Kitt verbunden. Die Gewebsstücke können entweder nach allen Seiten von Resorptionsflächen, oder aber von Anlagerungsflächen, endlich theils von ersteren, theils von letzteren begrenzt sein. Damit erledigt sich nach v. E. auch die Frage nach dem Anfange und Ende der Knochenlamellen. Die Flächenausdehnung derselben findet ihre Grenze entweder durch einen allmäligen Uebergang in das ungeschichtete Fasergewebe einer Anlagerungsfläche oder durch einen scharfen Schnittrand an einer Resorptionsfläche. —

In dem 5. Abschnitte seiner Arbeit beschäftigt sich v. E. mit der Untersuchung der Sharpey'schen und der elastischen Fasern und dem Bau des Knochengewebes der Kinder. Durch den Nachweis, dass alle Knochensubstanz aus leimgebenden Fibrillen sich aufbaut, fällt jeder principielle Gegensatz zwischen Knochenlamellen und Sharpey'schen Fasern fort; beide setzen sich aus demselben Elementartheile zusammen. Die Sharpey'schen Fasern sind nicht als elastische Fasern zu erklären. Letztere kommen nur an wenigen Stellen im Knochengewebe vor und zeigen hier einen Verlauf, der im Allgemeinen mit dem Zuge der Lamellen übereinstimmt.

Die vom Verf. in den »Schlussbemerkungen« gegebene Definition des Knochengewebes lautet folgendermassen: »Das Knochengewebe besteht aus leimgebenden Fibrillen, die durch eine starre, die sogenannte Knochenerde enthaltende Kittsubstanz verbunden werden, in welcher verschieden gestaltete anastomosirende Hohlräume eingegraben sein können, die Zellen oder Zellenausläufer enthalten«.

Die einzelnen Formen des Knochengewebes sind durch die verschiedene Art, wie sich die leimgebenden Fibrillen zu Elementartheilen höherer Ordnung verbinden und die damit in Beziehung stehende Form und Anordnung der die Knochenzellen enthaltenden Hohlräume bedingt. Verf. stellt zunächst 3 Typen von Knochengewebe auf:

I. Das geflechtartige Knochengewebe. — Faserbündel von wechselnder Dicke durchkreuzen sich in verschiedenen Richtungen; zahlreiche, unregelmässige, häufig zusammenfliessende Knochenhöhlen.

II. Das parallel-faserige Knochengewebe. — Fast parallele Faserbündel von etwa 3 Mm. Dicke verbinden sich unter einander durch Fibrillenaustausch nach allen Seiten. Knochenhöhlen in regelmässigen Abständen, länglich (in der Richtung der Fasern) mit Ausläufern senkrecht zur Längsrichtung der Fasern.

III. Das lamellöse Knochengewebe. — Fibrillenbündel von 2—3 Mm. Dicke verbinden sich durch innige Verflechtung zu Lamellen, welche in lockerer Verbindung übereinander stehen. Die Lamellen wechseln in ihrer Faserrichtung, oder letztere bleibt auf weite Strecken dieselbe. Knochenhöhlen in der Richtung der Fasern stark verlängert, abgeplattet, in Reihen geordnet. Ausläufer der Knochenhöhlen verlaufen senkrecht zur Richtung der Lamellen.

Tillmanns (Leipzig).

L. Tripier. Des accidents dus à l'anesthésie par l'éther chez les jeunes sujets.

(Gaz. hebdom. 1876. No. 37.)

In einer Sitzung der Réunion française pour l'avancement des sciences theilt T. folgende Fälle mit: 1) Ein gesunder, sehr empfindlicher 8jähriger Knabe wird behufs Circumcision mit Aether narkotisirt; zwei Minuten nach dem Excitationsstadium schläft das Kind; dann erbricht es ein wenig Schleim und athmet ruhig weiter. Die Operation wird nun ausgeführt und nimmt 10 Minuten in Anspruch, worauf der Inhalationskorb entfernt wird; der Knabe athmet gut. In dem Momente, als man ihn ins Bett bringen will, bemerkt T., dass die Respiration still steht, das Herz pulsirt. Sogleich Wiederbelebungsversuche, das Kind wird mit dem Kopf nach abwärts gelagert, keine Cyanose, das Gesicht eher gefärbt, als blass. Nach 25—30 Minuten, während welcher der Zustand unverändert geblieben war trotz künstlicher Respiration u. s. w., tritt Cyanose ein; man will die Tracheotomie ausführen, da erfolgen einige spontane Inspirationen. Unter fortgesetzten Bemühungen gelingt es nach $^3/_4$ Stunden die Athmung in Gang zu bringen und das Kind zum Leben zurückzurufen. Kein weiterer Zufall. Das Herz hatte während der ganzen Zeit fortpulsirt. Die Frequenz und die Stärke des Pulses hatten in dem Maasse abgenommen als der asphyktische Zustand andauerte.

2) Ein $5^1/_2$jähriges, ziemlich gut aussehendes Kind mit Caries der Lendenwirbel wird behufs Application des Ferrum candens mit Aether narkotisirt. Wenige Minuten nach Beginn der Inhalation steht die früher forcirte Respiration plötzlich still, das Herz pulsirt regelmässig. Der Zustand geht bald vorüber, die Narkose und die Operationen können anstandslos beendigt werden. 3) Ein $5^1/_2$jähriges Kind wird zur Untersuchung ätherisirt. Es wehrt sich lebhaft, plötzlich setzt die Athmung aus, das Herz pulsirt, es tritt Cyanose ein, die Zähne sind fest zusammengebissen. Nachdem die Zunge vorgezogen, künstliche Athmung eingeleitet und der Kehlkopfeingang mittelst des Fingers gekitzelt worden ist, erfolgt eine tiefe Exspiration und die Athmung wird normal. Dieselben Erscheinungen wiederholen sich noch zweimal, worauf endlich eine ruhige Narkose erzielt wird.

Bei Versuchen an jungen Katzen erfolgte fast regelmässsig nach Anwendung von Aether ein Stillstand der Respiration, welcher bei Chloroform nicht eintrat. Ueber 1 Jahr alte Thiere boten dieses Phänomen nicht dar. T. ist ausser Stande, eine Erklärung desselben zu geben; er plaidirt nur dafür, bei Kindern statt des Aether immer Chloroform zur Narkose zu benützen. **Winiwarter** (Wien).

G. Barraclough. On hereditary syphilis and the contagious diseases act.

(Med. tim. and gaz. 1876. Sept. 23. p. 349.)

Die vielfach herrschende Unbekanntschaft mit den die hereditäre Syphilis betreffenden Fragen bewegt den Verf., seine Erfahrungen in Betreff dieser Krankheit mitzutheilen. Er scheidet zunächst zwischen den von secundär syphilitischen Eltern gezeugten Kindern, welche bei oder kurze Zeit nach der Geburt die Symptome der Syphilis cong. darbieten, und zwischen den im späteren Verlauf der Krankheit gezeugten, welche bei der Geburt keine Zeichen der Erkrankung aufweisen.

Zum Beweise, wie lange das syphilitische Gift in einem inficirten Körper wirksam bleibt, führt er einen Fall von fast 30jähriger Latenz und dann folgendem Ausbruch tertiärer Symptome bei einem 60jährigen Manne an.

Es folgen die Beschreibungen und Abbildungen der Schneidezähne in mehreren Fällen supponirter hereditärer Syphilis; der Verf. bleibt den Beweis, dass es sich in seinen Beobachtungen wirklich um Syphilis gehandelt habe, zum grössten Theile schuldig; die Abbildungen zeigen die bekannten Einkerbungen am freien Zahnrande. B. macht darauf aufmerksam, dass bei hereditär Syphilitischen häufig einzelne abnorm grosse Zähne vorkämen, wie sie bei Idioten nicht selten sind. Die herabgesetzte Vitalität der afficirten Personen hat für den Staat das grösste Interesse, will er mit Staaten von gesunder Bevölkerung an Kraft rivalisiren. Der heutige Verkehr, sowie die

jetzige Vertheilung der Militärstationen hat die Syphilis über ganz England verbreitet.

Eine Reihe von Erzählungen aus des Autors Praxis sollen diesen Ausspruch beweisen, und seine Forderung, die »Contagious diseases act« für das ganze Land in Kraft zu setzen, stützen. Er sieht darin eine nothwendige Ergänzung des englischen Impfgesetzes, da sichere Lymphe zu erhalten, immer schwerer würde. In einem Nachtrage folgen noch eine Reihe Zahnabbildungen. **Ranke** (Halle).

E. Wendt. Ueber den Einfluss des intraabdominalen Druckes auf die Absonderungsgeschwindigkeit des Harns.

(Archiv der Heilkunde 17. Jahrg., 6. Hft.)

Verf. experimentirte an sich selbst in sehr sorgfältiger und umsichtiger Weise. Zunächst bestimmte er seinen intraabdominalen Druck vom Rectum aus in verschiedenen Körperhaltungen und zwar: im Stehen, Sitzen, in rechter und linker Seitenlage in und ausserhalb des Bettes und in der Knieellenbogenlage. In letzterer war der Druck negativ, während die Seitenlage den geringsten positiven Druck ergab. Daraus berechnete er dann die relativen Druckhöhen in der Nierengegend. In der ersten Versuchsreihe prüfte er die Stärke der Harnsecretion bei gewöhnlicher Diät mit Einhaltung einer gewissen Lage durch eine Reihe von Stunden; es fand sich dabei bei Seitenlage die stärkste Secretion. In der zweiten Versuchsreihe trank er Morgens 1200 Cubctm. Wasser auf einmal und maass von Viertelstunde zu Viertelstunde die Harnmenge. Auch hier war dasselbe zu constatiren; denn an den Versuchstagen mit ausschliesslicher oder vorwiegender Seiten- und Knie-Ellenbogenlage war die Harnmenge pro Minute im Mittel 5,5, an Tagen mit ausschliesslicher oder vorwiegend sitzender Körperstellung 4,23.

In der dritten Versuchsreihe wurden die Bedingungen insofern geändert, als viertelstündlich 100 Cubctm. Wasser getrunken wurden. Auch hier zeigte sich bei Seitenlage eine viel stärker und früher eintretende Ausscheidung der Flüssigkeit als beim Sitzen. Zugleich sucht Verf. die Einwände zu widerlegen, dass der veränderte intraabdominale Druck vielleicht Einfluss auf die Schnelligkeit der Resorption vom Darme haben könnte, dass mit der Aenderung der Athmung die Verdunstung durch die Lungen, und dass mit Aenderung der Herzthätigkeit die Geschwindigkeit der Harnsecretion ohne Zuthun des abdominalen Druckes wechsele. — In einer vierten Versuchsreihe schnürte er sich den Leib in der Seitenlage mit Binden fest, suchte also dadurch den günstigen Einfluss der Lage auf die Harnausscheidung zu paralysiren, was auch vollständig gelang. Uebersichtliche Tabellen illustriren die unter Berücksichtigung aller Fehlerquellen ausgeführten Versuche. Verf. ist geneigt, die Ursache der Verminderung der Harnsecretion beim Anwachsen des intraabdomi-

nalen Druckes in einer dadurch erzeugten gewissen Stauungsniere zu suchen; zu welcher Auffassung namentlich die Ludwig'schen Experimente berechtigen. Das Resultat der Versuche stimmt mit den bisherigen Erfahrungen am Krankenbett überein.

A. Bidder (Mannheim).

Sinéty. Note sur l'independance relative, qui peut exister entre l'ovulation et la menstruation.

(Gaz. méd. de Paris 1876. No. 52.)

Verf. fand bei der Section einer 21jährigen Hysterischen den Uterus im Zustande der Menstruation (die vorletzte war 2 Monate vor dem Tod), während in den Ovarien keine Narben von geplatztten Follikeln vorhanden waren; auch befanden sich die Graaf'schen Follikel in beiden Eierstöcken im Primordialstadium (Ovulum mit einer Zellenreihe). Früher schon sah S. bei der Autopsie einer jungen Phthisischen einen grossen, eben zerplatzten Follikel, während die Menstruation 6 Monate vor dem Tode zum letzten Male eingetreten war. Ferner beobachtete Verf. einen Fall, in welchem nach Exstirpation beider Eierstöcke die Menstrualblutung regelmässig weiter stattfand. Aus Amerika sind S. 29 Fälle von doppelter Ovariotomie bekannt, bei 12 wurde die Menstruation durch die Operation gar nicht beeinflusst; in einem Fall wurde sie stärker als vorher, in zwei unregelmässig.

Kölliker (Würzburg).

Raymond. Lésions osseuses de l'ataxie locomotrice progressive.

(Bulletin de la société anatomique de Paris No. 75. p. 825.)

Charcot, der zuerst die Aufmerksamkeit auf die in Rede stehenden Veränderungen gelenkt hat, lässt durch R. die Sectionsbefunde zweier Fälle mittheilen. In beiden fanden sich an den grossen Gelenken (Knie, Hüfte und Schulter) die Gelenkköpfe und Pfannen resp. Articulationsflächen vollkommen verschwunden, ja selbst die beiden Tubercula am Oberarm und der Schenkelhals am Oberschenkel; an Stelle der Gelenkbänder war ein dichtes Bindegewebe getreten, welches irregulär auch durch das Gelenk zog. Letzteres enthielt viel röthlichen eitrigen Inhalt. Weiterhin waren in dem einen Falle zahlreiche — spontane — Fracturen eingetreten, welche in der letzten Zeit fast bei jeder Bewegung erfolgten. Die Fracturstellen selbst erschienen durch einen hypertrophischen Callus charakterisirt. Endlich war der linke Femur nur 0,19 Mtr. lang, während der rechte 0,5 Mtr. maass. Nach Ch. würde die Verkürzung durch jedesmalige Atrophie des oberen Bruchfragmentes und Verschmelzung des atrophischen Restes mit dem unteren Bruchende zu erklären sein.

Pils (Stettin).

Socin. Zur Behandlung der Kopfverletzungen.

(Vortrag, gehalten in der XIV. Versammlung des schweizerischen ärztlichen Centralvereins in Olten.)

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1876. No. 24.)

Die strenge Durchführung der Lister'schen Methode am behaarten Kopf bietet bekanntlich manche Schwierigkeiten. Ursache der in dieser Gegend beobachteten Misserfolge ist zunächst die Unreinlichkeit der behaarten Kopfstellen im Allgemeinen. Darum soll die ganze Umgebung der Wunde nicht nur abrasirt, sondern auch die Haut mit Seife und harter Bürste sorgfältig gereinigt werden.

Eine exacte Anwendung der antiseptischen Wundbehandlung bei offenen Schädelbrüchen wird hauptsächlich durch die verwickelten Verhältnisse dieser Verletzungen verhindert. Und gerade hier kommt es durchaus darauf an, wie bei complicirten Fracturen der Röhrenknochen, eine primäre Desinfection in gründlicher Weise zu erzielen. Eine oberflächliche Application von Chlorzink genügt nicht. In den Fällen, wo die Desinfection der ganzen Wunde bis in die Tiefe durch die Fracturverhältnisse verhindert werden sollte, glaubt S., dass man zur Trepanation resp. Resection mit Meissel und Hammer schreiten solle, um dem desinficirenden Mittel überall, in alle Winkel der Wunde einen freien Zutritt zu schaffen. Bei einer einfachen Depression der Knochenfragmente dagegen will sich S. eines jeden Eingriffs enthalten. Durch die gemachte Oeffnung soll man ohne Scheu das extravasirte Blut entfernen und die zugänglichen Theile der Dura mater, bei Verletzung derselben aber die Gehirnoberfläche selbst mit Chlorzinklösung betupfen. Nachher folgt das Einlegen einer Drainröhre.

S. empfiehlt sehr warm diese scheinbar etwas brutale Behandlung. Seitdem er diese Methode anwendet, hat er unter 74 Kopfverletzungen mit im Ganzen 7 Todesfällen, nur einmal eitrige Meningitis als Todesursache gehabt. Dies war gerade ein Fall, wo er wegen der geringen Ausdehnung der Fractur und deren Lage unmittelbar über dem Sinus transversus am Hinterhaupt, von der Knochenresection Abstand genommen hatte.

Zwei ausführliche Krankengeschichten von complicirten Schädelfracturen, welche streng nach den oben erwähnten Grundsätzen behandelt wurden, illustriren den Aufsatz. — In keinem der beiden Fälle trat irgend eine Reaction, Fieber oder Eiterung auf; beide Pat. (beim zweiten hatte eine Gehirnverletzung mit vorgelegen) wurden nach 4 resp. 5 Wochen vollständig geheilt entlassen. **Girard** (Bern).

M. Nedopil. Ueber die Psoriasis der Zungen- und Mundschleimhaut und deren Verhältniss zum Carcinom.

(Arch. f. klin. Chir. 1876. Bd. XX. Hft. 2.)

Nach einer geschichtlichen Uebersicht über die Erkrankung der Zungen- und Mundschleimhaut, welche Bazin als Psoriasis buccalis bezeichnete, welche auch als Ichthyosis linguae (Samuel

Plumbe, Neligan, Clarke, Hulke), Tylosis (Ullmann), syphilitische Affection und Keratosis (Zeissl, Kaposi), Plaques des fumeurs (Buzenet, Debove), vorher beschrieben wurde, entwickelt N. zuerst das klinische Bild der Krankheit. Es bilden sich hierbei auf der Zunge, dann auf der Innenfläche der Lippen, an der Schleimhaut der Wangen, besonders in den inneren Falten der Wundwinkel, seltner am Zahnfleische und am harten Gaumen kleine .weisse, flach warzenförmige Erhöhungen von der Grösse einer Linse, welche sich auch meist hart und rauh anfühlen, oder es entwickeln sich gleich anfangs grössere Stellen der Schleimhaut zu den beschriebenen Erhöhungen. In den ersten Stadien ist der Epithelbelag dünn, die geschwellten Papillen liegen zuweilen nackt zu Tage, eine Form der Erkrankung, wie sie oft bei constitutioneller Syphilis auftritt. Die späteren Stadien der Erkrankung, welche sich durch den weissen, harten, fast hornigen Epithelbelag auszeichnen, sind bis jetzt nur bei Männern beobachtet worden. In seltenen Fällen bekommt die Zunge das Aussehen, als wäre sie mit einer glatten Narbe überzogen, häufiger bilden die Epithelauflagerungen schwielenartige, knorpelharte, weisse oder schmutzig-gelbliche Massen, die sich an einigen Stellen in Form von Schuppen oder grösseren zusammenhängenden Fetzen abheben. Bei den schwereren Formen ist die Bewegung der Zunge behindert, tiefe Schrunden und Risse treten auf, und acutere Glossitisanfälle compliciren die ursprüngliche Erkrankung.

Die Anatomie der Psoriasis linguae und die histologische Entwickelung des Processes fasst N. so auf, dass er die ganze Erkrankung als eine chronische Entzündung der eigentlichen Mucosa anspricht. Die massenhafte Neubildung des Epithels leitet Verf., sich der älteren Ansicht von Virchow anschliessend, von den indifferenten Zellen ab, welche durch den irritativen Vorgang sich bilden: die Epithelschicht soll sich passiv verhalten und Nichts zur Regeneration der Epithelien beitragen; auch für die Regeneration des normalen Epithels theilt N. der Epithelschicht dieselbe passive Rolle zu.

In den nun folgenden Krankengeschichten werden eine Reihe von 15 Beobachtungen mitgetheilt, in denen die Psoriasis buccalis von Carcinom gefolgt wurde. Alle Fälle betreffen Männer zwischen 40 und 66 Jahren; das Carcinom entwickelte sich stets erst, nachdem die Psoriasis viele Jahre bestanden hatte. — Mit Ausnahme von fünf Fällen ist angegeben, dass die Pat. mehr oder weniger starke Raucher gewesen sind.

In Bezug auf die Aetiologie spricht sich Verf. dahin aus, dass die chronisch irritativen Zustände der Mundhöhle hervorgerufen werden durch sehr heisse und sehr scharfe Speisen und Getränke (Paprica, Zwiebeln, Knoblauch, Branntwein), besonders aber durch vieles Rauchen und zwar sind bei dem letzteren besonders die Producte der trockenen Destillation als das reizende Moment zu be-

trachten. Die sich aus der Psoriasis buccalis entwickelnden Carcinome wären demnach mit dem Schornsteinfegerkrebs, dem Paraffinkrebs, dem Carbolsäurekrebs, dem Krebs in Brandnarben zu vergleichen. Wichtig ist für diese letztere Aetiologie auch der Umstand, dass alle Fälle Männer betrafen. Die Syphilis als Ursache der Erkrankung aufzufassen, ist wegen des zuletzt angegebenen Grundes unwahrscheinlich, ebenso spricht dagegen, dass antisyphilitische Kuren durchaus wirkungslos sind.

In Bezug auf die Prognose hebt Verf. hervor, dass es bis jetzt weder durch innerlich, noch durch äusserlich angewendete Mittel gelungen ist, die beschriebenen weissen Flecke und Indurationen zu heilen oder ihre Entwickelung auch nur aufzuhalten. Wenn es ferner auch nicht nothwendig zu einer Bildung von Carcinomen aus der Psoriasis buccalis zu kommen braucht, so entwickeln sich diese doch, wie die vorliegenden Krankengeschichten zeigen, sehr leicht und theilen dann die schlechte Prognose dieser Geschwulstbildung im Munde. Der Verlauf war in den mitgetheilten 15 Fällen so, dass ein Patient, bei dem 8 Jahre zuvor die erste Carcinom-Operation gemacht worden war, noch lebte, bei einem anderen vor zwei Jahren zwei Carcinom-Operationen gemacht worden waren; 9 Männer waren theils an den Folgen der Operation, theils an Recidiven gestorben, von den anderen Fällen war der Ausgang unbekannt.

Ueber die Therapie bemerkt N., dass antisyphilitische Kuren nutzlos, alle Reizungen durch Touchiren mit Arg. nitric., auch Jodtinctur gefährlich sind. Bepinselungen mit Salzsäure und Borax fand Verf. ungefährlich, aber nutzlos. Umschriebene Plaques kann man excidiren oder mit dem Cauterium actuale zerstören. Bilden sich indurirte oder wuchernde Geschwüre, so ist bei der grossen Wahrscheinlichkeit eines Carcinoms sofort die Excision zu machen.

Maas (Breslau).

E. Porro. Dell' amputazione utero-ovarico come complemento di taglio cesareo.

(Annali univ. di medicina e chirurgia 1876. Ottobre. Vol. 237.)

Verf. macht darauf aufmerksam, wie günstig die Resultate bei Ovariotomie oder Hysterotomie wegen Tumoren einerseits und wie ungünstig dieselben beim Kaiserschnitt seien. Eine der Hauptursachen davon dürfte sein, dass es fast unmöglich ist, einen exacten und dauernden Verschluss (eine Heilung per primam) der Uteruswunde zu erzielen und dadurch zu verhüten, dass die Involutionsproducte des fettig degenerirten Uterus und der Lochialfluss in die Peritonealhöhle dringen. Diesem Uebelstand könnte man am sichersten begegnen, wenn man den Uterus sammt den Ovarien exstirpiren würde. Man würde dadurch eine ganz kleine Stielwunde statt der langen Uteruswunde erhalten und würde die eigentliche Quelle der Infection entfernen. Es können übrigens Umstände vorkommen,

z. B. heftige Blutungen, Placentaransatz an der vordern Wand des Uterus, welche in dieser Hinsicht keine Wahl lassen, sondern die Uterusexstirpation als Vitalindication erscheinen lassen. Eine solche Nothwendigkeit stellte sich bei der 25jährigen C. in Pavia ein. Sie hatte ein so hochgradig verengtes, rachitisches, kleeblattförmiges Becken, dass über die Nothwendigkeit des Kaiserschnittes kein Zweifel war. Einige Stunden, nachdem die Wehen begonnen hatten und der Uterusmund schon ziemlich erweitert war, wurde in der Narkose der Bauchschnitt vorgenommen, darauf der Uterus incidirt und zuerst das Kind (Kopflage), dann die Placenta extrahirt. Die Blutung aus der Uteruswunde war ziemlich heftig, weshalb P. sofort zur Uterusexstirpation schritt. Es wurde um den Uterushals der Schlingenschnürer von Cintrat angelegt und weil die Schlinge grosse Neigung hatte, gegen die Vagina zu schlüpfen, ein Ovarium mit eingeklemmt, während das andere ganz oberhalb der Schlinge lag; der Stiel wurde in dem untern Wundwinkel befestigt und ein Drainagerohr durch den Douglas'schen Raum in die Vagina geführt. Die ersten Tage war das Erbrechen sehr quälend. Am 3. Tage nach der Operation wurden die Brüste prall, gespannt und schmerzhaft und bald darauf stellte sich Milchsecretion ein. Ohne besondere Zwischenfälle konnte Pat. nach ungefähr einem Monat das Bett verlassen und ist jetzt überaus kräftig und fett geworden. Auch das Kind ist ganz wohl. Obwohl, wie gesagt, in diesem Falle die Hämorrhagie Anlass zur Uterusexstirpation gab, so wirft sich doch die Frage auf, ob nicht aus den Eingangs erwähnten Gründen die Uterusexstirpation in jedem Falle von Kaiserschnitt angezeigt wäre.

Erst nachträglich erfuhr Verf., dass eine ähnliche Operation 1868 von Stover in Amerika ausgeführt wurde. Die Veranlassung hiezu waren Uterusmyome, welche das Becken verstopften und den Kaiserschnitt nöthig machten. S. exstirpirte den schwangern Uterus und die Geschwülste. Die Frau starb.

Andererseits erfuhr Verf., dass Fogliata an der Veterinärschule in Pisa ähnliche Operationen mehrmals an trächtigen Thieren vorgenommen und die Zweckmässigkeit derselben erörtert hat. Verf. selbst hat im Jahre 1874 drei trächtige Kaninchenweibchen eben auf diese Weise glücklich operirt. **Menzel** (Triest).

Kleinere Mittheilungen.

W. Keating. Conservative surgery.

(Philadelphia med. Times 1876. Aug. 19. No. 28. p. 562.)

Einem 6jährigen Kinde war mit einer scharfen Axt die rechte Hand 1" oberhalb des Handgelenks von der Streckseite her so abgehauen, dass Knochen, Nerven Gefässe und Weichtheile durchtrennt waren bis auf einen kleinen Rest an der Volar- und Ulnarseite. Strick um den Vorderarm zur Blutstillung. Der Arzt nähte die glatten Wundflächen mit tiefen Nähten fest aufeinander. Schienenverband. Warme Umschläge. Am 4. Tage schwoll die Hand, die Epidermis löste sich. Kein Geruch des Secretes. Am 5. Tage zeigte die Wunde in der ganzen Circumferenz

schöne Granulationen, geringe Eiterung. Die Temperatur in der anfangs blauen kalten Hand stieg. Am 12. Tage Entfernung der Nähte. Nach 2 Jahren war die Hand wieder gebrauchsfähig und führt jetzt mit Geschick die Nähnadel.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Dulles. An interesting gunshot wound.

(Philadelphia med. Times 1876. November 25. No. 235. p. 79.)

Es handelt sich um einen Patienten, welchem bei einem Wirthshausscandal 3 Kugeln beigebracht wurden. Die eine streifte die Haut der Brust. Die zweite drang auf dem Handrücken etwa in dessen Mitte ein, glitt um den 2. und 1. Metacarpalknochen herum und setzte sich dicht am os multangulum majus fest. Ueber ihr pulsirte die art. dors. pollicis, dicht ulnarwärts neben ihr die art. dorsalis indicis. Durch eine Incision an ihrer Radialseite konnte die abgeplattete Kugel blossgelegt und ohne besondere Blutung extrahirt werden. Bleiwasserumschläge. Befestigung der Hand auf einer Schiene. Die Heilung erfolgte prima intentione in 6 Tagen. Die dritte Kugel ging durch die Unterlippe von unten nach oben, nahm den 2. linken oberen Schneidezahn weg, sprang nach hinten und unten ab, durchbohrte schräg nach rechts hin die Zunge und drang im Boden der Mundhöhle in der Nähe des letzten rechten untern Mahlzahns in die Tiefe und blieb etwa $1/2''$ und etwas vor dem rechten Unterkieferwinkel stecken. Man konnte sie jedoch nicht fühlen. Am folgenden Tage geringe Schluckbeschwerden, die jedoch nur 1—2 Tage anhielten. Die Behandlung war einfach. Eisblase auf den Hals, und Eisstückchen in den Mund. Nach etwa 8 Tagen war Pat. vollständig hergestellt. D. meint, dass die Kugel möglicherweise in den Mund zurückgelangt und von dem Pat. verschluckt worden sei. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

J. Styrap. A specific for ptyalism.

(British med. Journal 1876. Vol. II. p. 711.)

Verf. berichtet, ohne den physiologischen Vorgang klar legen zu können, über die specifische Wirkung des Schwefels beim mercuriellen Speichelfluss. Er war zu seinen ersten Versuchen durch die Erfahrung geführt, dass »Plummer'sche Pulver« selten Salivation machen. Er legt besonderen Werth darauf, dass kleine Dosen Sulph. praecip. mit etwas Opium oder Morphium verbunden öfter gereicht werden und Stuhlgang täglich nur 1 höchstens 2 Mal herbeigeführt werde. Innerhalb 36 Stunden hat S. stets sichtliche Besserung erreicht. **Pilz** (Stettin).

Nicaise. De l'hémiplégie dans la hernie étranglée.

(Bulletin de la société de chirurgie, séance du 18. octbr. 1876.)

Unter obigem Titel theilt Verf. zunächst die Krankengeschichten von zwei älteren Frauen mit, welche beide im Verlaufe einer Brucheinklemmung von halbseitiger Lähmung befallen wurden, ohne dass diese Lähmung durch einen apoplectischen Insult oder irgend ein auffallendes Symptom eingeleitet worden wäre. Die erste Patientin, eine robuste Frau von 57 Jahren, wachte am Morgen nach eingetretener Incarceration ihres rechtsseitigen Schenkelbruches mit sensibler und motorischer Lähmung der linken Körper- und Gesichtshälfte auf. Keinerlei geistige Störung. Die mit gutem Erfolg ausgeführte Herniotomie ohne Eröffnung des Bruchsackes änderte an der Lähmung nichts. Die zweite, eine 64jährige Frau, litt ebenfalls an einem eingeklemmten rechtsseitigen Schenkelbruch. Auch hier anfangs guter Erfolg der Operation. Doch erholte sich Patientin nicht, collabirte mehr und mehr, und 14 Tage später, als die Wunde schon fast vernarbt war, wird eine unvollständige Hemiplegie der linken Körper- und Gesichtshälfte constatirt, die eben so symptomlos entstanden war, wie in dem ersten Falle. Tod 3 Tage später. Keine Section. Die Sensibilität war diesmal weniger gestört, als die Motilität, die untere Extremität weniger gelähmt, als die obere.

Unter Hinweis auf die Ansichten Rostan's (Rech. sur le ramollissement du cerveau, 2. édit., p. 232), welcher glaubte, dass Hemiplegie eine Folge von Gastro-Enteritis sein könne, und Lépine's (sur l'hémiplégie pneumonique, 1870), welcher die halbseitigen Lähmungen bei der Pneumonie der Greise durch Ischaemie des

Gehirns und reflectorische Vorgänge erklären will, stellt Verf. die Hypothese auf, dass es sich auch hier um Reflexparalysen handeln möchte.

Verneuil glaubt in den schweren, zuweilen selbst tödtlichen Lungencongestionen, welche bei Bruchincarcerationen beobachtet werden, ein Analogon mit den Beobachtungen Nicaise's zu finden. **Schede** (Berlin).

v. Ehrenstein. Welche Heilmethode ist nach dem heutigen Stande der Therapie die zweckmässigste wider Hydrops ovarii.

(Allg. med. Central-Zeitung 1876. p. 437. p. 589 etc.)

Th. Clemens. Zur Prioritätsfrage der electrischen Behandlung der Ovarialtumoren.

(Ibidem p. 453.)

E. behauptet, durch electrische Behandlung »seit 5 Jahren Hunderte von Ovarialcysten grossentheils geheilt, stets aber wenigstens gebessert« zu haben. Die ausführlicheren weiteren Mittheilungen von Krankengeschichten, etc. siehe im Original.

C. nimmt die Priorität des Verfahrens für sich in Anspruch, da er bereits 1859 (Deutsche Klinik No. 27) 3 theils geheilte, theils gebesserte Fälle beschrieb. C. leitet den electrischen Strom quer durch den Leib, den Zinkpol auf die Geschwulst, den Kupferpol in der entgegengesetzten Seite des Unterleibs fixirend. Bevor der constante Strom (6—12 Daniel'sche Elemente $^1/_4$ Stunde lang) zur Anwendung kommt, wird die Patientin zuerst vor den Erschütterungsapparat gesetzt und werden 4—6—12 starke electrische Entladungen durch die Geschwulst geleitet. Auch C. stellt weitere genauere Mittheilungen in Aussicht.

Tillmanns (Leipzig).

V. Martone. Miosarcoma interstiziale dell' utero — estirpazione — guarigione.

(Annali clinici-ospedale Incurabili anno I. p. 23.)

Der Titel sagt wohl schon das Wichtigste der Krankengeschichte. Interessant ist, dass die Diagnose auf Cystovarium gestellt war. Der Schnitt musste bis über den Nabel verlängert werden. Keine Adhäsionen. Die beiden Ovarien mussten mit entfernt werden. Um den Uterushals wurde die Ecraseurkette als clamp angelegt; zu beiden Seiten des Stiels wurden Drainageröhren in die Beckenhöhle eingeführt. Der Verlauf war bei der 33jährigen Operirten überaus günstig. Nach 35 Tagen stand sie zum ersten Male auf. Der Tumor war ein interstitielles Myosarcom. **Menzel** (Triest).

Goetz. Cancer de la vessie; perforation, dilatation de l'uretère.

(Bulletin de la soc. anat. de Paris 1875. p. 688.)

Ein Mann, 35—40 Jahr alt, der bis vor 4—5 Tagen gearbeitet hatte, wurde mit den Erscheinungen einer acuten Peritonitis sterbend in's Hospital gebracht; verfallene Züge, kalte Extremitäten, kleiner Puls, galliges Erbrechen; Tod. Section: Peritoneum injicirt, enthält serös-eitrige Flüssigkeit; Blasenwand erweicht, auf der Innenfläche springen weiche, graue Hervorragungen vor, stinkenden Eiter enthaltend: auf ihrer höchsten Stelle eine abgerundete, kleinfingergrosse Oeffnung mit verdünnten Rändern; der rechte mit Urin erfüllte Ureter hat Form und Volumen des Colon, das Parenchym der entsprechenden Niere ist geschwunden; linke Niere und Ureter vollkommen normal. — **Pilz** (Stettin).

Bazy et Lataste. Corps étranger périarticulaire de la hanche droite. Extraction.

(Société anatomique, séances de 1876. Mai.)

(Progrès médical 1876. No. 38.)

33jähriger Arbeiter. Seit 3 Jahren Schmerzen in der Gegend der Hüfte, der Innenseite des Oberschenkels, des Gesässes, der Weichen, des Kreuzes. Gehen beschwerlich. Diagnose: Ischias — Coxalgie. Behandlung mit allen möglichen innern und äussern Mitteln ohne dauernde Besserung. Einmal, während Pat. ins

Bad ging, sehr lebhafter Schmerz in der Höhe der Hüfte. Im December 1875 fühlte Pat. in der Gegend des Gelenkes einen beweglichen Körper. Pat. hatte nie Erscheinungen von Gelenkkörpern dargeboten, kein Knarren — Bewegungen des Beines im Bett waren nicht schmerzhaft. — Der nussgrosse Tumor konnte nur durch den Pat. selbst so placirt werden, dass man ihn fühlen konnte, und zwar indem Pat. den Oberschenkel flectirte, die Muskeln in allen Richtungen drückte und am Anfang der Extremität den Körper an die Aussen- oder Innenseite des musc. sartorius brachte. Hier hielt er denselben fest durch Druck von innen nach aussen. Beim Nachlassen des Drucks entschlüpfte der Körper sofort in die Tiefe gegen die Insertion des m. psoas. Diagnose: Extraarticulärer »Fremdkörper« der Hüfte. Operation von Gillete ohne Narkose. Körper durch einen Troikart fixirt. 6 Ctm. lange Incision entsprechend dem äusseren Rande des Sartorius. Entschlüpfen des Tumors, Wiederhervorholen, Fixirung mit Muzeux'scher Zange, schmerzhafte und schwere Ausschälung. Ausfliessen einer etwas fadenziehenden, röthlich gelben, auf 40 Grm. geschätzten Flüssigkeit aus einer Cyste, worin sich der »Fremdkörper« bewegte, oder aus einer abnorm dilatirten bursa des musc. psoas. Die Tiefe der Wunde untersuchend, fühlte der Operateur auf der Linea intertrochanterica ant. eine Reihe Erhabenheiten (mamelons) mit Knorpelconsistenz, wie solche auch auf dem exstirpirten Körper vorhanden waren. — Auf dem Durchschnitt dieses Körpers sieht man 2 Theile, der Kern ist knöchern und enthält eine Höhle; der äussere Theil umgiebt den innern vollständig und ist knorpelähnlich, nur an einer Stelle erreicht der knöcherne Theil die Oberfläche. Daraus kann man schliessen, dass hier der Stiel sass, welcher abbrach, als Pat. vor 2 Jahren den heftigen plötzlichen Schmerz empfand.

(Näheres fehlt. Es handelt sich hier wohl jedenfalls um eine abgebrochene exostosis cartilaginea mit Schleimbeutel. Auch die durch Resorption im Innern entstandene Markhöhle [über deren Inhalt Nichts gesagt wird] ist ja bei den cartilaginösen Exostosen etwas Gewöhnliches. Ref.) **Petersen** (Kiel).

Th. Annandale. Case of traumatic arterio-venous aneurism of the posterior tibial artery.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 531.)

Vor 6 Wochen war ein 25jähriger Mann durch eine Metallspitze in der rechten Wade verletzt worden; die heftige Blutung konnte durch locale Compression gestillt werden. Einige Tage später bemerkte Pat. in der Umgebung der Wunde eine pulsirende Schwellung. An einer Ecke der in der Mitte der Wade gelegenen kleinen Narbe führte ein $1^1/_2''$ tiefer Gang auf die Tibialis zu, ohne direct mit ihr oder einem aneurysmatischen Sacke zusammenzuhängen. Etwa 4 Zoll weit konnte das pulsirende Schwirren gefühlt und gehört werden im Verlauf der Wadenbein-Gefässe. Es handelte sich mit Wahrscheinlichkeit um ein arterio-venöses Aneurysma. A. legte dasselbe an dem blutleer gemachten Beine am inneren Rande des M. gastrocnemius nach Ablösung des M. soleus blos; das Aneurysma, von Wallnussgrösse, wurde eröffnet, das meist flüssige Blut entleert, und die beiden dasselbe speisenden Gefässe, Art. tibial. post. und die eine begleitende Vene mit Catgut ligirt. Die Operation geschah unter antiseptischen Massnahmen. Nach 5 Wochen konnte Pat. geheilt — ohne eine Spur des früheren Aneurysma — entlassen werden. **Pils** (Stettin).

Druckfehler.

S. 3 Z. 12 v. o. lies Innunctionscur statt Injectionscur.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7. Sonnabend, den 17. Februar. 1877.

Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Calomelinjectionen.

Von

Dr. **Th. Kölliker.**

Die folgenden Zeilen mögen einen kleinen Beitrag liefern zu der jetzt vielfach ventilirten Frage der subcutanen Anwendung von Quecksilberpräparaten in der Syphilistherapie.

Die Versuche mit subcutanen Calomelinjectionen wurden auf der Würzburger syphilitischen Abtheilung des Herrn Hofrath v. Rinecker im Winter 1875/76 begonnen und bis Ende Sommer 1876 fortgesetzt, während welcher Zeit ich der gedachten Abtheilung als Assistent angehörte.

Als Injectionsinstrument wurde eine gewöhnliche Pravaz'sche Spritze, jedoch vollständig mit Hartgummi montirt, benutzt, und als Injectionsstelle zuerst die seitliche Rückengegend, später die seitliche,

untere Bauchgegend gewählt. Die Extremitäten blieben von allen Injectionen verschont. Die Injectionsflüssigkeit bestand aus einer Calomelsuspension, die nach verschiedenen Versuchen wie folgt normirt wurde:

℞ Calomel 3,0
Glycerin 30,0
D. ad vitr. nigr.

Anfänglich wurde bis 0,2 pro dosi injicirt, bald aber auf 0,1, 0,05 herabgegangen und schliesslich 0,05 für Erwachsne, 0,025—0,03 für Kinder festgesetzt.

Im Beginne unserer Versuche wurden die Injectionen ziemlich weit (10—14 Tage) auseinandergeschoben, während im weiteren Verlauf die ersten Injectionen jeden fünften, die letzten jeden vierten Tag vorgenommen wurden; dabei betrug die Zahl der Injectionen durchschnittlich sechs.

Im Allgemeinen wurden bei der Injectionscur die Vorschriften von v. Sigmund für die Inunctionscur beobachtet, abgesehen natürlich davon, dass an Stelle der Inunctionen die Injectionen traten.

Die localen Folgen sind in vielen Fällen gering, doch muss man im Vergleich mit anderen Methoden der subcutanen Quecksilbereinverleibung die Häufigkeit der Abscesse hervorheben, die übrigens stets gutartig verliefen; denn nur in einem Falle war ein bedeutender Abscess zu registriren. Dafür traten aber die allgemeinen Symptome der Hydrargyrose sehr in den Hintergrund und sind von dieser nur wenige und leichte Fälle (5) von Stomatitis zu verzeichnen.

Das Allgemeinbefinden leidet bei der Injectionscur mit Calomel nicht im Mindesten und ergaben regelmässig vorgenommene Wägungen in den meisten Fällen eine und zwar oft nicht unbedeutende Zunahme des Körpergewichtes.

Zur Behandlung kamen alle Kategorien der Syphilis, und vertheilen sich die 46 beobachteten Fälle folgendermassen: Syphilis papulo-squamo-condylomatosa 36 Fälle, Syphilis gummosa 4 Fälle, Syphilis hereditaria 6 Fälle.

Besonders günstige Erfolge erzielten wir mit den subcutanen Calomelinjectionen bei der Initialsclerose, den Haut- und Schleimhautaffectionen der ersten Periode, auch ist der günstige Einfluss auf Haut-, Schleimhaut- und Knochenerkrankungen der späteren, gummösen Periode nicht zu verkennen. Bei Schwangeren und Kindern wurden desgleichen die subcutanen Calomelinjectionen mit guten Resultaten angewandt.

Was die Recidive anlangt, so ist einerseits die Zeit, die seit Einführung der Methode verstrichen ist, noch zu kurz, andererseits auch die Anzahl der behandelten Fälle zu gering, um ein Urtheil darüber zu fällen, doch sind 3 Fälle von Recidiven zu constatiren; nur in einem derselben trat das Recidiv in einer höheren Form der Erkrankung auf.

Die Vorzüge der subcutanen Calomelinjectionen sind folgende:

1) Die Methode ist leicht und angenehm auszuführen und gestattet die oft nicht zu umgehende ambulante Behandlung.

2) Die Folgen der Quecksilbereinverleibung sind sehr gering, in Folge dessen leidet

3) das Allgemeinbefinden nicht, sondern wird in den meisten Fällen gehoben.

Mit den Sublimat-, Quecksilberalbuminat- und Bicyanuret-Einspritzungen theilt unsere Methode den Vorzug der genauen Dosirung, hat aber das voraus, dass die Zahl der erforderlichen Injectionen eine viel geringere ist; auch ist die Schmerzhaftigkeit der Encheirese im Vergleich mit der bei subcutanen Sublimatinjectionen gleich Null.

Die einzige unangenehme Beigabe, wie auch schon Zeissl bemerkt hat, ist die immerhin grosse Zahl der Abscesse.

Wir möchten die subcutanen Calomelinjectionen der Inunctionscur an die Seite stellen und dieselben für besser erachten, als die übrigen Methoden der Syphilisbehandlung.

Indicirt wären sie daher:

1) Bei ambulanter Behandlung der Syphilis.

2) Bei Kranken, bei denen die Inunctionscur mercurielles Eczem hervorruft.

3) Bei Kranken, bei welchen in Folge der Beschaffenheit der Mundorgane eine heftige Stomatitis in sicherer Aussicht steht.

4) In den Fällen, in welchen zahlreiche Hautgeschwüre die Inunctionscur unmöglich machen.

5) Bei anämischen, schwachen Individuen, um Verdauungsstörungen zu vermeiden.

Die näheren Details über die hier angestellten Versuche mit subcutanen Calomelinjectionen werden demnächst in den Verhandlungen der physikalisch-medicinischen Gesellschaft in Würzburg erscheinen.

E. Curie. L'acide picrique dans le traitement des plaies.

(Revue de Thérap. méd.-chirurg. 1876. No. 24.)

P. Vigier. Préparation du coton picrique.

(Revue de Thérap. méd.-chirurg. 1877. No. 1.)

Die Wirksamkeit der Picrinsäure beim Wundverbande beruht nach Curie auf ihrer Eigenschaft, in concentrirter Lösung (1 : 75) durch Fällung der Albuminate aus der Wundflüssigkeit und den oberflächlichen Schichten des Gewebes eine dünne Decke zu bilden, welche die Wunde vor äusseren Schädlichkeiten, insbesondere vor der atmosphärischen Luft, schützt. Ausserdem besitzt die Säure antiseptische Eigenschaften, so dass sie also zwei Bedingungen eines günstigen Wundverlaufes, der Occlusion und der Antisepsis, entspricht.

C. wendet bei leichten Verletzungen eine wässerige Lösung der Picrinsäure ($^1/_{75}$ %), in Form von Berieselungen oder feuchten Um-

schlägen, an; bei schwereren gebraucht er Watte, welche gelöste Picrinsäure von 2 bis 5 % imprägnirt enthält. Einen derartigen Watteverband kann man beliebig erneuern, oder auch permanent liegen lassen; eine Eiterung sah C. unter demselben nicht erfolgen.

Aus den pharmakologischen Notizen Vigier's heben wir hervor: die Picrinsäure ist ein in kaltem Wasser schwer (1 : 160), in warmem Wasser, sowie in Aether, Alkohol und Benzin leicht löslicher Körper. Sie kann daher als wässerige Lösung nur in diluirtem Zustande angewendet werden; bei der Nothwendigkeit stärkerer Concentration bedarf man der alkoholischen oder ätherischen Lösung. Eine solche diente V. zur Darstellung der von C. benutzten Picrinsäure-Watte: 0,25 Picrinsäure in 25 Grm. Aether (oder Alkohol) kommen auf ein Wattestück von 10 Grm. Die Watte wird mit der Lösung getränkt, nach einiger Zeit ausgedrückt und dann getrocknet. Die Hände werden bei dieser Manipulation rauh und empfinden ein leichtes Brennen; die Haut wird gelb und trocken. Auch die Watte färbt sich, wie alle organische Substanz, durch die Säure hellgelb, bleibt jedoch nach dieser Behandlung weich und wollig. (Vergleichende Angaben bezüglich der Wirksamkeit und des Preises mit anderen antiseptischen Substanzen sind in beiden Mittheilungen nicht gemacht).

Arn. Hiller (Berlin).

Baierlacher. Die schweflige Säure als Antisepticum im Vergleich mit der Salicylsäure, der Carbolsäure und dem Chlor.

(Bair. aerztl. Intell.-Blatt 1876. No. 38. p. 391.)

Von einer gesättigten Lösung von schwefliger Säure in Wasser nahm Verf. 1—5 Grm. auf 100 Wasser und versuchte die Wirkung bei Diphtheritis, bei syphilitischen Geschwüren, chronischen Fussgeschwüren, flechtenartigen Hautkrankheiten und bei Geschwüren der portio vaginalis uteri; ausserdem beim Händewaschen nach Sectionen. Die schweflige Säure erwies sich hierbei als ein gutes Desinficiens und als ein kräftiges Reizmittel. — Hierauf werden vergleichende Versuche über die Wirkung der oben genannten Mittel auf Hefe mitgetheilt. Endlich bespricht B. die Versuche mit schwefliger Säure in der Choleraepidemie von 1873 in München und kommt zu folgenden, anderweitige Erfahrungen bestätigenden Schlüssen:

Die schweflige Säure ist das beste Hefegift. Sie verhütet die Schimmelbildung und tödtet die Schimmelpilze. Darin wird sie kaum von der Carbolsäure erreicht. Sie hält die Zersetzung thierischer Körper hinten an und macht deren riechende Producte unschädlich. Sie wirkt hochgradig antiseptisch. Bei Cholera sind die Resultate nicht ganz evident.

Mögling (Tübingen).

V. Schlikoff. Ueber locale Wirkung der Kälte.

Inaug.-Diss. Bern.

(Deutsches Arch. für klin. Medicin Bd. XVIII. Hft. 6. p. 577.)

Verfasserin nahm eine Reihe von Versuchen über die locale Wirkung der Kälte an Menschen vor, und zwar an verschiedenen geschlossenen Höhlen, während eine Eisblase auf die oberhalb gelegenen Theile applicirt wurde. Die Messungsorte waren folgende: Mundhöhle, Hohlhand, Vagina, Darm (bei einer Darmfistel), Pleurahöhle (in zwei Fällen von Thoracocentese), Fistelgang (oberes Ende der Tibia). Die Eisblase wurde entsprechend auf Wange, Handrücken, Bauch, Thorax und Unterschenkel applicirt. Aus den gewonnenen Resultaten zieht S. folgende Schlüsse: 1) Locale Wärmeentziehungen rufen an verschiedenen Körperstellen eine Abkühlung der zunächst getroffenen Gewebe mit den darunter liegenden Organen hervor. 2) Mit zunehmender Entfernung nimmt die Intensität der Temperaturerniedrigung ab. Die einzelnen Messungsorte ergaben folgende Mittelwerthe: Mund (nach 1 Stunde) bei 0,9 Ctm. Entfernung = 5,10° Hohlhand (Zeit dieselbe) bei 2,5 Ctm. Entfernung = 4,86°, Pleurahöhle bei 3,0 Ctm. Entfernung nach 1 Stunde 2,50° u. s. w. Ferner hatten kaltes Getränk eine Abkühlung der Haut des Epigastrium, kalte Klystiere eine Abkühlung der Bauchdecken zur Folge.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Biedert. Die pneumatische Methode und der transportable pneumatische Apparat.

(Sammlung klin. Vorträge No. 104.)

Verf. hat die Ueberzeugung erhalten von einer wesentlichen dynamischen Einwirkung seines Apparates auf die Lunge, bestehend in einem Reize, den die kräftig ein- und ausströmende Luft, sowie die wiederholten Aenderungen in Druck und Füllung der Lungengefässe bewirken. Auf diesem Reiz und der mechanischen Lösung des Schleimes beruht die expectorirende Eigenschaft des Verfahrens. Als Allgemeinwirkung ist die Verbesserung der Ernährung und der Blutbildung zu erwähnen. — Ausgeschlossen von der Behandlung sind wegen der Reizwirkung alle acut entzündlichen Processe; Indication dazu geben Phthise, chronische Bronchitis, Emphysem, Asthma und pleuritische Lungencompression, endlich Herzkrankheiten. — Die einzuathmende Luft hat man noch zum Träger von Medicamenten gemacht. — Illustrirende Krankengeschichten sind beigefügt. — Contraindicationen für Anwendung der comprimirten Luft sind Atherose der Gefässwandungen und apoplectischer Habitus, sowie überhaupt Neigungen zu Blutungen im Gebiet des grossen Blutkreislaufes, für die der verdünnten Luft Blutungen der Lunge. Hinsichtlich der beim Einathmen gebrauchten Gesichtsmasken hat Verf. nachgewiesen, dass die von ihm construirte am dichtesten hält und

am bequemsten ist. Schliesslich werden die verschiedenen Apparate beschrieben, worunter der vom Verf. construirte sich durch vielseitige Brauchbarkeit und grösste Billigkeit auszeichnet.

v. Mosengeil (Bonn).

Sprengler. Bericht über die Vorkommnisse in der externen Abtheilung des Krankenhauses zu Augsburg während des Jahrzehnts vom 24. April 1865—24. April 1875.

(Bair. aerztl. Intell.-Blatt 1876. No. 47. p. 484.)

Die chronischen Hautkranken, die Syphilitischen, die Augenkranken und die Wöchnerinnen abgerechnet, wurden 6856 Kranke chirurgisch behandelt. Die Erfolge nennt der Verf. »desolat«, trotz der günstigen Räumlichkeiten. Erst seit der exacten Behandlung nach Lister, wie sie Anfang 1875 eingeführt wurde, haben sich die Verhältnisse vollkommen geändert. Da mit April 1875 der Bericht abschliesst, so ist dennoch ein Beweis in Zahlen noch nicht zu führen. Lässt man die nach Lister behandelten Fälle weg, so werden folgende Zahlen genügen zur Bestätigung des obigen eigenen, ungünstigen Urtheils:

	operirt	geheilt	gestorben
Oberarmamputationen . .	13	7	6
Vorderarmamputationen . .	3	2	1
Oberschenkelamputationen	5	1	4
Unterschenkelamputationen	19	11	8
Trennungen im Fuss . . .	12	7	5

Doch sind manche andere Erfolge günstiger: 3 Ellenbogenresectionen, 2 Exarticulationen des Vorderarms, 5 Amputationen und Exarticulationen an der Mittelhand, eine Kniegelenksresection verliefen ohne Todesfall. Bei 10 Brustkrebsen starb eine Operirte. Ausserdem bietet die Tabelle manche interessante Fälle, bei denen man nur eine etwas eingehendere Mittheilung wünschen möchte.

Mögling (Tübingen).

F. Boll. Zur Anatomie und Physiologie der Retina.

(Auszug aus den Monatsberichten der kgl. Academie der Wissensch. zu Berlin 23. Novbr. 1876.)

W. Kühne. Zur Photochemie der Netzhaut.

(Gelesen i. d. Sitzung d. naturhist.-med. Ver. zu Heidelberg d. 5. Jan. 1877.)

W. Kühne. Vorläufige Mittheilung über optographische Versuche.

(Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1877. No. 3.)

Boll decapitirte einen im Dunkeln aufbewahrten Frosch, nahm den Augapfel möglichst rasch heraus, halbirte denselben mit einer Scheere und zog mit einer feinen Pincette die Retina ab. Er fand, dass die von dem dunklen Grunde des retinalen Pigments und der Chorioidea abgezogene Retina intensiv purpurroth gefärbt erschien. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Purpurfarbe

ihren Sitz habe ausschliesslich in der Stäbchenschicht und zwar allein in den stark lichtbrechenden Aussengliedern derselben, die aus äusserst feinen übereinander geschichteten Plättchen aufgebaut sind.

Die Purpurfarbe der Retina hat B. ausser bei den Amphibien noch nachweisen können bei den Knorpel- und bei den Knochenfischen, sodann bei Säugethieren. Bei Vögeln und Reptilien ist der Nachweis schwieriger wegen Anwesenheit bunter Oeltropfen in der Retina dieser Thiere. Bei der Taube gelang er B. am sichersten. — Ausserhalb des Wirbelthiertypus hat, nach B., Krohn im Jahre 1842 die mächtigen Stäbchen der Cephalopodenretina im frischen Zustande purpurroth gefärbt gefunden. Aehnliches ist schon an den Netzhautstäbchen der Heteropoden und den Sehstäben der Krebse, der Schmetterlinge und der Käfer beobachtet worden*). Bei den Wirbellosen ist die Purpurfarbe viel intensiver und erhält sich besser und länger als bei den Wirbelthieren. Sie erscheint, nach B., bei allen bisher untersuchten Thieren als identisch, nach den Beobachtungen Blaserna's dagegen völlig verschieden von der Farbe des Haemoglobin. Auch entspricht sie keiner einfachen Spectralfarbe, sondern ist als eine zusammengesetzte Farbe anzusehen.

Kühne, angeregt durch Boll's Mittheilung, kam bei genauerer Prüfung der oben mitgetheilten Thatsachen zunächst zu der Ueberzeugung, dass der Sehpurpur ganz unabhängig vom physiologisch frischen Zustande der Netzhaut besteht und dass er auch im Tode nur durch Licht gebleicht wird. — Bei guter Gasbeleuchtung kann man die Retina mit aller Musse ausbreiten. Sie verblasst sehr langsam, etwa erst in 20—30 Minuten. Im Dunkeln oder bei Beleuchtung durch eine Natronflamme vergeht der Sehpurpur überhaupt nicht, wenigstens nicht in 24—48 Stunden, weder beim Frosch noch beim Kaninchen, trotz deutlicher Fäulniss des todten Thieres. — K. nahm daher seine Präparationen in einer dunklen, nur von Natronlicht erhellten Kammer vor. Weniger vollkommen, doch auch zum Ziele führend erweist sich ein Zimmer, wie es die Photographen zum Entwickeln brauchen, dessen Lichtzugänge mit gelbem Glas oder Papier verstellt sind. — Um zu prüfen, in wieweit die Färbung und deren Lichtempfindlichkeit etwa von dem Ueberlebungszustand der Stäbchen abhängig sei, hat K. Netzhäute von Fröschen in der Natronkammer mit verschiedenen chemischen Stoffen behandelt. Die Purpurfarbe wurde aufgehoben bei 100° C., dann durch Alkohol, durch Eisessig, durch concentrirte und durch 10 % Natronlauge; nicht verändert wurde sie in 0,5 % Kochsalzlösung, nicht durch starkes Ammoniak, durch Sodalösung, durch gesättigte Kochsalzlösung, Alaun, Bleiacetat, 2 % Essigsäure, 2 % Gerbsäure, ebensowenig durch 24stündiges Liegen in Glycerin, in Aether, auch nicht durch Ein-

*) Doch auch Leydig, Lehrbuch der Histologie 1857 p. 239 erwähnt bereits von der frischen Froschretina, dass sie schon dem freien Auge einen lebhaft rothen Atlasschiller zeigt. (Ref.)

trocknen der Netzhäute auf einer Glasplatte. Erst nachdem die so behandelten Netzhäute ans Tageslicht gebracht wurden, verblassten sie mehr oder minder rasch, indem der Purpur zunächst während der ersten 10 Minuten in Chamois überging. War dabei die Netzhaut opak geworden, so erschien sie völlig den Angaben Boll's entsprechend, von vorn weiss und nur hinten (d. h. aussen) roth. — Am schönsten erscheint der Sehpurpur nach Einwirkung von Ammoniak, welches die Netzhaut sehr durchsichtig macht. Auch widersteht dieses Roth 10—20 mal länger der Lichteinwirkung, als das Roth unveränderter Netzhäute. Sehr lange hält sich ferner die Färbung getrockneter Membranen. — Ophthalmoskopirt man die Netzhaut lebender Kaninchen im Natriumlichte, so erscheint dieselbe bläulich weiss, etwas perlmutterglänzend, mit schwarzen, wie mit Tinte gezeichneten, sehr deutlichen Gefässen. Ein albinotisches Kaninchenauge seitlich von Natriumlicht beleuchtet, zeigt die Pupille schwarz.

Um zu sehen, welches Licht den Purpur bleiche, brachte K. die Netzhäute auf Glas ausgebreitet in geschwärzte feuchte Kammern und liess das Licht durch farbige Glasplatten oder durch farbige Lösungen hindurch auf die Netzhäute wirken. Zum Roth wurden Blutlösungen und entsprechende Platten verwendet. Unter dem Blut zeigte sich überhaupt kein Ausbleichen, unter rothem Glase erst nach 6 Stunden und nur ganz spurweise. Im blauen (durch Lösungen von Kupferoxydammoniak geschickten) Licht trat das Erbleichen nach 2 Stunden ein. Das durch farbige Plattensätze gegangene grüne Licht bleichte den Sehpurpur erst nach 4—5 Stunden. Ebenso wenig wie Blutroth und wie die photochemisch unwirksamen Strahlen der Natronflamme änderte auch das Lithiumlicht den Sehpurpur. Im Magnesiumlicht dagegen erbleichte derselbe, wie zu erwarten, sehr rasch. Einmal irgendwie entfärbt kehrte der Purpur weder im Dunkeln, noch in andersfarbigem Lichte, noch beim Erwärmen, noch in den ultrarothen Strahlen hinter berusstem Glase, das die Sonne beschien, zurück. Die Retina eines lebenden Frosches dagegen, nach intensiver Beleuchtung selbst mit dem blendenden Magnesiumlicht, zeigte bei rascher Präparation in der Natronkammer vollkommen ihre rothe Farbe. Der Aufenthalt der Thiere im Dunkeln vor Ausführung des Versuches, wie es B. vorschrieb, ist hiernach unnöthig. — Bringt man, nach K., die isolirte Netzhaut eines Frosches auf eine Glasplatte, während die Retina des anderen Auges im exstirpirten, durch einen Aeqatorialschnitt weit geöffneten Bulbus ruhig belassen wird, und setzt man beide Präparate dem Tageslicht aus, bis die auf der Glasplatte befindliche Netzhaut völlig entfärbt ist, so erscheint die im Bulbus verbliebene Netzhaut, wenn man sie in der Natronkammer nachträglich herauspräparirt, völlig purpurroth. Ebenso unverändert erhielt sich der Sehpurpur im Licht der Magnesiumlampe, so lange die Retina im Auge, auf der Chorioidea, sonst aber nackt, nur hinter capillaren Schichten des Glaskörpers Luft und Licht ausgesetzt blieb.

Weitere Versuche führten K. zu der Erkenntniss, dass man die

Bildungs- resp. die Regenerationsstätte für den Sehpurpur in der natürlichen Unterlage der Retina, aber wahrscheinlich weniger in der Aderhaut, als in dem mit Recht zur Retina gezählten Epithel, dessen Zellen die Stäbchen umgreifen, zu suchen habe. Nach Mittheilung mehr complicirter Verfahren empfiehlt schliesslich K. einfach das Ausschneiden eines Lappens aus der Retina, Bleichen desselben auf einem Teller und Zurücklegen auf das entblösste Pigment. Man soll dann finden, dass das vom Lichte gebleichte Netzhautstück durch Berührung mit seiner natürlichen Unterlage wieder purpurfarben wird. An Froschaugen sind solche Versuche mit Sorgfalt ohne Eile auszuführen. Dass aber die Regeneration des Sehpurpurs die Thätigkeit lebender Gewebe voraussetzt, wies K. dadurch nach, dass er Froschaugen in 0,5 % Kochsalzlösung 10 Minuten lang auf 43° C. erwärmte, dann halbirte und dem Lichte aussetzte. Er fand dann die Netzhäute immer weiss. Ebenso erschienen die Netzhäute von Augen, die innerhalb Tagesfrist bei etwa 20° C. abgestorben waren.

Nach der letzten Mittheilung Kühne's im Centralbl. für med. Wissensch. ist es ihm schliesslich auch gelungen, überdauernde Optogramme auf der Kaninchennetzhaut zu erhalten. Die Versuche an exstirpirten Bulbi von Kaninchen-Albinos ergaben trotz aller Cautelen nur annähernde Resultate. K. stellte hierauf den gut fixirten Kopf und Bulbus eines lebenden farbigen Kaninchens in einer Entfernung von 1.5 Mm. vor einem quadratischen Ausschnitte von 30 Ctm. Seite im Fensterladen auf, liess den Kopf 5 Minuten lang mit einem schwarzen Tuch bedeckt, um ihn darauf für 3 Minuten dem ziemlich trüben Mittagshimmel zu exponiren. Dann wurde rasch decapitirt, der Bulbus im Natriumlicht eiligst exstirpirt, geöffnet und in 5 % Alaunlösung gelegt. 2 Minuten nach dem Tode wurde das 2. Auge, ohne es aus dem Kopfe zu entfernen, genau wie das vorher lebende behandelt. Am anderen Morgen wurden die milchweiss und zäh gewordenen Netzhäute in der Natronkammer vorsichtig im ganzen Umfang isolirt und gewendet. Auf prächtig rosenrothem Grunde zeigten sie je ein scharf berandetes, nahezu quadratisches helles Bild, das im zweiten Auge ganz weiss und wie mit dem Lineal gezeichnet, im ersten Auge hellrosa und etwas weniger scharf erschien. Die Grösse der Bilder betrug etwas mehr als 1 □Mm. Beim Betrachten im Tageslicht verschwanden die Bilder in dem Maasse, wie allmälig der noch unveränderte umgebende Sehpurpur ausgebleicht wurde.

Die hohe Wichtigkeit der Untersuchungen Kühne's für die zukünftige Entwickelung der Lehre vom Sehen wird die ausführliche Darstellung der gefundenen Thatsachen gerechtfertigt erscheinen lassen. v. Lesser (Berlin).

W. Zeigler. On the use of the nitrite of amyl, especially in chorea.

(Philadelphia med. Times 1876. July 8. No. 225. p. 486.)

In 6 Fällen von Chorea (darunter 1 rechtsseitige Hemi-Chorea, und ein schwerer Fall von heftigen Krämpfen des gesammten Muskelsystems) hatte das Mittel 5 Mal guten Erfolg; 1 Mal wurde die Behandlung unterbrochen. Die Patienten waren Schulkinder von 7—14 Jahren; sie inhalirten 3—10 Tropfen 2—3 Mal täglich, hüteten dabei das Bett. In 1 Fall hörten die Anfälle nach 1 Woche, in 3 Fällen in der 2. Woche auf, vom 6. und 5. sind keine genaueren Krankengeschichten vorhanden. Das Mittel soll nach Auftreten der bekannten Puls- und Respirationsbeschleunigung (Temperatur 5 Minuten nach der Inhalation $1/2^{\circ}$ erhöht) die Kinder meist in ruhigen Schlaf versenkt haben. Bei Hysterie, Neuralgien, Intermittens, Asthma hat das Mittel ebenfalls gute Dienste geleistet.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

W. Roser. Ueber Operation der Urachus-Cysten.

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 3. p. 472.)

Verf. theilt einige Beobachtungen über Urachus-Cysten mit. In dem einen Falle füllte sich bei der im Anfange der Schwangerschaft stehenden Frau die Urachus-Cyste sehr schnell und erforderte eine Punction; hierauf trat erst Communication mit der Blase auf. Nach einigen Jahren musste besagte Cyste wegen Flüssigkeitsansammlung wiederum eröffnet werden, dieses Mal durch einen Schnitt in der linea alba; aber es gelang damals nicht die Communication zwischen Cyste und Blase zur Verwachsung zu bringen. Erst vor Kurzem glückte es durch continuelles Einlegen eines Katheters die Cyste zur Verschrumpfung zu bringen. Im Anschluss an diesen Fall erwähnt R. einen bereits früher durch seinen Schüler Wolff veröffentlichten Fall (vergl. Centralbl. f. Chir. 1874. p. 347), wo R. in der Lage war, eine derartige Cyste zu exstirpiren. Endlich berichtet Verf. über eine Dottergangscyste, die er bei einem jungen Manne am Nabel entfernte, und über eine angeborene, seröse Cyste des Nabels (wahrscheinlich einen abgeschnürten, angeborenen Nabelbruchsack).

R. macht noch auf die Möglichkeit der Verwechslung dieser Cysten mit Ovarialcysten, sowie auf die Differentialdiagnose aufmerksam.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Le Fort. Nouvelle méthode de traitement des rétrecissements de l'urèthre; dilatation immédiate progressive.

(Bulletin de l'Académie de Médecine 1876. No. 45.)

Seit 7 Jahren behandelt L. Harnröhrenstricturen folgendermassen: er führt in die Urethra eine Bougie ein, welche er 24 Stunden liegen lässt. Dadurch werden die Gewebe in einen leicht entzündlichen

Zustand versetzt, in Folge davon weicher und dehnbarer. Ausserdem ist die Bougie mit einer Einrichtung versehen, durch welche kleine metallene konische Katheter von verschiedener Stärke angeschraubt werden können. Diese besorgen die eigentliche Dilatation, während die Bougie selbst nur den Conductor darstellt. Durch das Anschrauben immer stärkerer Nummern wird eine progressive Erweiterung der Strictur ermöglicht. Ist z. B. die Harnröhre für einen konischen Katheter No. 1, mit einem stärksten Durchmesser von 3 Mm., durchgängig geworden, so wird in der nächsten Sitzung ein solcher von 5 Mm., in der nächstfolgenden ein solcher von 7 Mm. Durchmesser angewendet u. s. f., bis die stärksten Katheter (No. 20—25) bequem durchpassiren.

Die Schmerzhaftigkeit des Verfahrens soll gering sein, die Ausführung desselben eine leichte und gefahrlose, da falsche Wege hierbei »unmöglich« sind. Selbst sehr derbe und alte Stricturen sollen dieser Behandlung weichen. **Arn. Hiller** (Berlin).

Marchionneschi. Proposta di un nuovo catetere scanalato per eseguire la cistotomia.

(L'Imparciale 1876. No. 16.)

Verf. glaubt, dass es beim Steinschnitt oft schwierig sei, in der Tiefe der Perinealwunde die Rinne des Itinerariums zu finden und construirte deshalb eine Leitsonde, an welcher jenes Stück, welches der pars membranacea urethrae entspricht, durch Schraubendrehungen des Griffes so vorspringend gemacht werden kann, dass es leicht durch das Perineum durchzufühlen ist. Man schneidet auf dieses vorspringende Stück ein, legt die Messerklinge in die Rinne, dreht dann, während das Messer anliegt, das Stück wieder in seine normale Lage zurück und operirt weiter, wie gewöhnlich.

Menzel (Triest).

F. A. Kehrer. Operationen an der Portio vaginalis.

(Arch. für Gynäkologie Bd. X. Hft. 3. p. 431—458.)

1. Keilförmige Excision der Muttermundslippen mit Bildung von Seitenlappen. — Den bisher geübten Methoden der ablatio colli uteri haften nach K. erhebliche Unvollkommenheiten an. Die einfache circuläre Amputation involvirt die Gefahren der Nachblutung, der langsamen Wundheilung, der möglichen Verletzung des Scheidengewölbes. Doch muss man sich mit ihr überall da begnügen, wo peritonitische Verlöthungen den Uterus nicht herabziehen lassen, wie namentlich beim Krebs. — Die trichterförmige Excision hat oft erhebliche Blutungen, meist sehr erschwerte Ueberhäutung und, wo letztere misslang, leicht hochgradige Stenose des Muttermundes im Gefolge. — Die kegelmantelförmige Excision nach Marckwald (Simon) endlich erfüllt zwar eine Reihe

der wichtigsten Ansprüche, ist aber durchaus nicht einfach in der Ausführung.

Kehrer hat in 18 Fällen folgendes Verfahren erprobt: Seitenbauchlage der Pat., Einlegung eines besonders kurzen Rinnenspiegels von Horn, Herabziehen des Uterus mittelst eines Häkchens, oder bei brüchigem Gewebe mittelst einer durch die vordere Lippe gelegten Fadenschlinge. Mit schmalem Stielmesser wird zunächst aus der hinteren Wand des Cervix von der Cervicalschleimhaut aus ein Stück excidirt, das die Form einer dreiseitigen Pyramide mit gewölbten Schnittflächen hat. »Die Basis des auszuschneidenden Stückes und die unpaare Seitenfläche wird von der Cervicalschleimhaut gebildet«. Die beiden anderen Schnittflächen liegen tief im Parenchym des Cervix. Wie weit man sie vertiefen muss, prüft der auf die Rückseite der zu excidirenden Lippe aufgesetzte Zeigefinger. Nach Excision des Gewebskeils Compression der beiden seitlichen Hälften mittelst einer amerikanischen Kugelzange, antiseptische Irrigation, Anlegung der (etwa 3) Ligaturen mit stark gekrümmten Simon'schen Fistelnadeln. Während man jetzt mit den liegengelassenen Ligaturfäden den Uterus anzieht, excidirt man ein gleichgeformtes Stück aus der vorderen Lippe. Exactes Nähen schützt vor Nachblutungen und bewirkt Heilung per primam.

Die ersten beiden Tage bleibt die Scheide unberührt, weiterhin täglich 2 bis 3 antiseptische Irrigationen; Entfernung der Nähte am 4. bis 5. Tage.

Die Methode eignet sich nach K. für Fälle von 1) excentrischer Hypertrophie des Cervix mit starker Wulstung oder Ulceration der Cervicalschleimhaut, 2) Hypertrophie des Cervix mit Verlängerung des Supravaginaltheils, 3) einfacher Elongation der ganzen Portio oder polypoider Verlängerung einer Lippe, hier mit Modification der Schnittgrenzen. Die Verwendbarkeit des Verfahrens bei Carcinoma port. vag. ist noch nicht festgestellt.

2. Radiäre Discision des Cervix uteri. — In Sims'scher Seitenlage spaltet K. bei einfacher Enge des äusseren Muttermundes mit Scheere, Messer oder einklingigem Hysterotom, bei Stricturen des inneren Muttermundes oder Induration des ganzen Cervix, mit zweiklingigen Instrumenten (Greenhalgh, E. Martin; K. gebraucht eine dem Stohlmann'schen Hysterotom ähnliche, nach aussen schneidende Scheere); die Portio wird nicht allein bilateral, sondern auch noch jede Lippe 2 bis 3 Mal incidirt, so dass die Portio in 6 bis 8 an ihren Bases zusammenhängende Keile zerlegt wird.

Der Gebrauch des Pressschwamms ist nach der Discision gefährlich. Unter 7 Fällen sah K. 4 Mal Parametritis danach auftreten, 1 Mal mit tödtlichem Ausgang. Zur Blutstillung genügt gewöhnlich ein unter die Portio gelegter Eisenchloridtampon, der 2 Tage liegen bleibt. Nach seiner Entfernung sind täglich einige lauwarme Wasserinjectionen zu machen, sowie öfteres Einführen von Finger und Sonde mit antiseptischen Cautelen. Bettruhe ist 14 Tage nöthig.

Frühzeitiges Aufstehen hatte in einem Falle K.'s den Tod durch Trismus und Tetanus zur Folge.

Von den Indicationen zur Discision erscheint die Dysmenorrhoe, welche mit Anomalien im Bereich des Cervicalcanals zusammenhängt, weit berechtigter, als die Sterilität. Jene wird durch die Operation sehr prompt gehoben, während diese bei $^3/_4$ bis $^2/_3$ der Operirten nachweislich fortbesteht.

K.'s Kritik der Sterilitätsoperationen enthält eine Reihe sehr treffender Bemerkungen. Mit Recht warnt K. namentlich vor dem Uebersehen der männlichen Sterilität (Azoospermie), auf die mindestens ein Viertel aller Fälle von sterilitas matrimonii zurückzuführen sei, sowie vor Ueberschätzung der Lage- und Formanomalien des Uterus und zumal der Portio auf Kosten der höher gelegenen Partien der Genitalien, vor allem der Eierstöcke und Eileiter nebst dem Douglas'schen Raum. **Löhlein** (Berlin).

Grant. Case of transverse fracture of the patella; treated by a new method.

(Edinb. med. Journal 1876. Vol. II. p. 317.)

Verf. sieht als Grund dafür, dass bei queren Patellarfracturen keine knöcherne, sondern eine bindegewebige oft laxe Vereinigung eintritt, die nicht genügende Adaption der Bruchenden an und empfiehlt deshalb folgendes von ihm versuchtes Verfahren. Das erkrankte Bein wird auf eine von der Ferse bis zur Glutäalfalte reichende geneigte Schiene gelagert, das untere Bruchende fixirt und durch circulär gehende Heftpflasterstreifen befestigt; dann wird eine halbmondförmige Schiene aus Hydes poroplastischem Filze über dem Oberschenkel, bis zum oberen Fragmente reichend, geformt und ebenfalls mit circulären Pflasterstreifen fixirt; über das Ganze kommt eine Spica. Ein Doppelhaken, ähnlich der Malgaigne'schen Klammer wird quer in die obere Filzschiene eingehakt und mittelst Extension von 4 Pfund angezogen, die beiden Bruchenden sollen sich bald nähern und innerhalb 24 Stunden sich aufs genauste berühren. G. konnte nach beendeter Behandlung deutlich die querlaufende Knochenleiste an der Kniescheibe fühlen. Später erfuhr G. aus dem Dublin Journal, dass Hornbrook (Amerika) in 3 Fällen das Heranziehen des oberen Bruchfragments durch continuirlichen Extensionszug mittelst Heftpflasterstreifen prompt erreicht hat.

Pilz (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

G. Ferrini. Un caso di tetano traumatico curato e guarito coll' idrato di cloralio e col jaborandi.

(Annali univ. di Medic. e Chirurgia Vol. 237, Fasc. 710.)

Ein Neger, welcher eine Handverletzung erlitten hatte, erkrankte nach einer Erkältung an Trismus und Tetanus mit der seltenen Form des Emprosthotonus. Es wurden Chloral und Jaborandi verabreicht, letzteres in der Idee, dass die da-

durch bedingte Salivation auf den Trismus günstig einwirken, andererseits die Diaphorese die Erkältungsursache bekämpfen würde. Nach ungefähr 20 Tagen war der Mann geheilt. In einem nächsten Falle will Verf. Jaborandi allein (ohne Chloral) versuchen. **Menzel** (Triest).

Remy. Lipômes intra-musculaires symétriques.

(Bullet. de la soc. anat. de Paris 1876. p. 136.)

Bei einem mit Schleimbeutel-Entzündung unter dem linken Olecranon behafteten Manne befanden sich bei der Untersuchung zufällig an beiden Oberarmen symmetrisch gelegen zwei Geschwülste im Verlauf des M. biceps. Dort wo der lange Kopf mit dem Muskelbauch verschmilzt, bemerkt man bei Contraction des Muskels eine 2 Ctm. dicke Anschwellung, welche bei Ruhe des Muskels verschwindet, aber fühlbar bleibt; der Tumor ist nicht mit der Haut verwachsen, sondern deutlich in festem Zusammenhange mit dem Muskel. Seine Consistenz ist etwas weicher, anscheinend pseudofluctuirend. In der Mitte des Muskels fühlt man einen 2. mandelgrossen Tumor. Pat. bekam eine Vereiterung des Schleimbeutels, derselbe wurde eröffnet. Es trat Hospitalbrand in der Wunde auf und Pat. starb. Die Section ergab in Bezug auf oben genannte Tumoren, dass dieselben unterhalb der Muskelsubstanz gelegene Fettgeschwülste darstellten, von denen die grösseren eine mehr fibröse Umwandlung eingegangen waren. Rein intramusculäre Lipome, sind nicht häufig. R. fand solche erwähnt von Cruveilhier, Paget, Virchow, Klotz, Lebert, Förster, Tripier.

Pilz (Stettin).

Proust. A la question des localisations cérébrales.

(Bulletin de l'Académie de Médecine 1876. No. 48.)

Ein junger Mann erlitt in Folge eines Säbelhiebes eine Schädelfractur auf dem linken Scheitelbein mit Impression, anfänglich ohne cerebrale Symptome. Erst nach 11—12 Tagen traten folgende Erscheinungen auf: Parese des rechten Armes, Hemiplegie der rechten Gesichtshälfte, Aphasie und Stumpfsinn. Die Trepanation schaffte augenblickliche Erleichterung, später Heilung.

Aus dem Sitze der Verletzung und der Art der Erscheinungen schliesst P., dass ursprünglich der mittlere aufsteigende Theil des linken Scheitellappens durch das Fragment gedrückt und erst später die benachbarte 2. und 3. Stirnwindung in Mitleidenschaft gezogen worden sei. **A. Hiller** (Berlin).

Marshall. Schädelfracturen. (University college hospital.)

(Med. tim. and gaz. 1876. Sept. 30. p. 382.)

1. Complicirte Schädelfractur, Heilung. Ein wohlgenährter, 35jähriger Mann war von einem aus etwa 25 Fuss Höhe herabfallenden Steine auf den Kopf getroffen, etwa 5 Minuten bewusstlos, und dann bei vollem Bewusstsein in's Hospital geschafft worden. (10. März 1876.) Der Finger des untersuchenden Arztes gelangte durch die 2 Zoll lange auf dem rechten Scheitelbein befindliche Wunde auf zwei sich kreuzende Fracturspalten, der Knochen erschien in der Ausdehnung eines Schillings deprimirt. Primäre Trepanation, Elevation der Depression, Entfernung einiger Splitter unter antiseptischen Vorsichtsmassregeln. Die Dura war unverletzt. Heilung ohne Zwischenfälle bis zum 30. März unter dem antiseptischen Verbande vollendet.

2. Schädelfractur, Hirnverletzung, Tod. Die Wunde des durch stumpfe Gewalt verletzten, 46jährigen Patienten befand sich auf der Stirn; lose Knochensplitter lagen in derselben, Hirnmasse drängte sich hervor. Pat. war bewusstlos. Respiration: 36 in der Minute, nicht stertorös; keine Blutung aus Nase oder Ohren, Ecchymose unter der linken Conjunctiva. Elevation der Depression, Entfernung der losen Splitter. Tod im Coma am 2. Tage. Die Section ergab multiple Rippenfracturen, eine Leberruptur, Splitterfracturen der Stirnbeine, des Os ethmoideum, sich auf das Os sphenoideum fortsetzend; die vorderen Gehirnlappen zerrissen.

Ranke (Halle).

F. Schultze. Zur Lehre von der spinalen Kinderlähmung.

(Virch. Arch. Bd. LXVIII. p. 128.)

Auf Grund der Section des Rückenmarkes eines 22jährigen Mannes, der in seinem 3. Jahre von einer »acuten« Krankheit befallen war und danach Lähmung der ganzen rechten und theilweise der linken unteren Extremität erlitten hatte, spricht sich Verf. dahin aus, dass es sich bei der spinalen Kinderlähmung um eine diffuse Rückenmarkserkrankung, um einen entzündlichen Process handeln muss, entgegen den Ansichten von Charcot. Die Veränderung der grauen Substanz beschränkt sich keineswegs stets auf die Vorderhörner; in Sch.'s Fall waren die Clarke'schen Säulen im unteren Dorsalabschnitte mit ergriffen. Die weisse Substanz ist häufig mit erkrankt, in diesem Fall die mittleren und vorderen Abschnitte der Seitenstränge. **Madelung** (Bonn).

de Ranse. Cas d'ileus spasmodique.

(Gaz. méd. de Paris 1876. No. 51.)

Voisin theilt der Soc. de méd. de Paris einen Fall von spastischem Ileus mit bei einer Dame, die keinerlei Symptome von Hysterie oder einer anderweitigen Erkrankung bot. Tympanitis war so hochgradig entwickelt, dass die Athmung behindert war, zugleich bestand Erbrechen und Stuhlverhaltung. Dieser Zustand dauerte mehrere Tage an. Die Abwesenheit jeder mechanischen oder organischen Verengerung brachte V. auf den Gedanken, dass er es mit einem einfachen Spasmus zu thun habe und beim Einführen einer Oesophagussonde in den Mastdarm stiess er auch auf ein Hinderniss (in welcher Höhe, ist nicht angegeben), das er überwinden konnte, worauf sich sofort Darmgase entleerten. Nachdem die Sonde mehrere Tage lang eingeführt worden war, stellte sich der Stuhlgang wieder ein. — **Kölliker** (Würzburg).

Blake. A case of intestinal obstruction of eighteen week's duration with remarks.

(Bost. med. and surg. Journal 1876. Vol. 2. p. 601.)

In dem ausführlich wiedergegebenen tödtlich verlaufenen Falle von Darmverschluss, bei welchem die Diagnose auf Achsendrehung, Verwachsungen von Darmpartieen, falsche Bänder oder Invagination offen gelassen werden musste, wurde vom 10. Tage an bis zuletzt die Aspiration 150 Mal, jedes Mal mit sichtlicher Erleichterung des durch die Tympanitis hochgradig gequälten Pat. ausgeführt. Einige Male hatte man zur Aspiration eine stärkere Nadel genommen und Darminhalt bis zu $^1/_2$ Pinte herausgezogen. In keinem Falle waren stärkere peritonitische Reizungen gefolgt. Dennoch räth B. von den stärkeren Nadeln ab. — **Pilz** (Stettin).

E. Mendel. Ein Fall von Nierensteinen.

(Virch. Arch. Bd. LXVIII. p. 294.)

Ein Mann, 56 Jahr alt, leidet seit 4 Jahren an heftigen Nierenkoliken. Ab und zu gehen kleinere Steinchen und Gries, aus harnsauren Salzen bestehend, mit dem Urin ab. Juli v. J. vollständige, 96 Stunden dauernde Anurie. Bei dem dann folgenden Urinabgang wird kein Concrement entleert. Juli d. J. Urinverhaltung von 110 Stunden. Tod unter urämischen Erscheinungen. Section: Hydronephrose der linken, compensatorische Hyperplasie der rechten Niere. Zahlreiche erbsen- bis kirschkerngrosse Concremente. Ausser diesen verschliessen zwei grössere Steine die Ureteren, in deren Eingang sie eingekeilt sich zeigen. **Madelung** (Bonn).

Baur. Ueber Ergotinbehandlung bei Uterusmyomen.

Inaug.-Diss. 1876. Tübingen.

4 Fälle von Uterustumoren aus der Tübinger gynäkologischen Klinik, bei denen eine erfolgreiche Ergotinbehandlung eingeleitet worden ist:

I. Fall: Mehrgebärende von 42 Jahren. Seit etlichen Jahren Heranwachsen eines mannskopfgrossen Tumors im Uterus, mit steigender Heftigkeit der Blu-

tungen. Behandlung: in den ersten 8 Tagen 3 Injectionen von Extr. Sec. cornut. aq. mit gleichen Theilen Wassers, je 1/3 Spritze voll. Sodann innerliche Anwendung von Extr. Sec. cornut. (6,0 auf 120,0 aq. cinnam. 3 Löffel täglich) einige Monate lang. Das Fibroid wird in einzelnen, bis zu 3 Pfund schweren Stücken, in faulem und aufgelockertem Zustand ausgestossen. 4 Monate später arbeitet die Frau auf dem Felde, der Uterus ist nur noch 6 3/4 Ctm. lang.

II. Fall: Mehrgebärende von 43 Jahren. Uterusfibroid in dem faustgrossen Uterus; häufige Blutungen. Nach 5wöchentlicher innerlicher Anwendung von Sec. cornut. in Pulvern (0,3 täglich 2 mal) tritt die Geschwulst in die Scheide, aber die Blutungen dauern fort. Entfernung des geborenen Fibroids durch Zug und Trennung des Stiels mit der Siebold'schen Scheere. — Fieber. Am 5. Tag Entlassung.

III. Fall: Hühnereigrosser, harter Tumor, im Zusammenhang mit dem vergrösserten Uterus; verlängerte Perioden mit starken Blutungen und Kreuzschmerzen. Nach 25 Drittelsspritzen und 15 halben Spritzen oben bezeichneter Lösung Verkleinerung des Uterus und der Geschwulst. Schmerzen sehr gering.

IV. Fall: Anteflectirter, vergrösserter Uterus; äusserer Muttermund wenig geöffnet. Reste von Parametritis; Blutungen. Nach 6 halben Spritzen von Extr. Sec. corn. 3,0 mit 7,5 Glycerin und 7,5 Wasser, Geburt eines hühnereigrossen fibrösen Tumors. Nach einigen Tagen Pat. geheilt entlassen.

Mögling (Tübingen).

Thomas Savage. Strangulated hernia, recovery.

(Med. tim. and. gaz. 1876. October 14. p. 435.)

S. betont das Alter seiner beiden Patientinnen, welches vielfach fälschlicherweise als Contraindication der Operation angesehen werde.

1. Eine 69jährige Dame hatte seit einigen Jahren eine rechtseitige, irreponible Schenkelhernie. Die Einklemmung bestand 10 Stunden, als nach vergeblichen Taxisversuchen in der Narkose die Operation unternommen wurde. Nach Oeffnung des Bruchsackes wurde der in ihm enthaltene freie Netztheil reponirt, der adhärente blieb unberührt. Schnelle Genesung.

2. 83jährige Dame, die seit 2 Tagen erst eine Hernie besessen haben wollte; seit ebenso langer Zeit Einklemmungssymptome. Erst am folgenden Tage wurde die Operation erlaubt. Nach Ausführung des äusseren Bruchschnittes und Einkerbung des Gimbernat'schen Bandes gelang die Reposition zum grössten Theile, der Rest des Bruchinhaltes wurde im Sacke zurückgelassen. Langsame aber vollständige Genesung.

Ranke (Halle).

Nicaise. Peculiar form of luxation of the external extremity of the clavicle.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 535.)

Bei einer 18jährigen Person, die ausgeglitten und mit der Schulter aufs Pflaster gefallen war, fand sich vorstehende seltene Luxation. Zuerst glaubte man es mit einer Schulter-Verrenkung zu thun zu haben, doch fand sich der Gelenkkopf an der richtigen Stelle. Die portio sternalis des Schlüsselbeins war prominent, die Schlüsselbeingruben verstrichen. Die Entfernung der Schulter von der Mittellinie war kleiner, als auf der gesunden Seite; hinter dem Acromion stand die pars acrom. claviculae. Der Ellbogen wurde 10 Ctm. vom Rumpfe abgehalten, der Kopf nach der kranken Seite gebeugt; die Bewegungen des Arms waren sehr eingeschränkt. In der Narkose gelang die Reposition nicht. Versuche an Leichen lehrten, dass die in Rede stehende Luxation nur eintritt nach Zerreissung des lig. trapezoideum.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8. **Sonnabend, den 24. Februar.** **1877.**

Köhler. Die complicirten Fracturen des Jahres 1875.

(Charité-Annalen II. Jahrgang. Chirurgische Klinik des Generalarztes Geh. Medicinalraths Prof. Dr. Bardeleben.)

Verf. bekämpft zunächst die Ansicht, als schlössen permanente Fixationsverbände und antiseptischer Verband sich gegenseitig aus. Auf der Bardeleben'schen Klinik wird fast jede Resection und fast jede complicirte Fractur sofort eingegipst. Bei kleiner, ganz frischer (1—2 Stunden), noch blutender Wunde, wenn kein Emphysem vorhanden, wird bei complicirten Fracturen nach stattgehabter Reduction nur die Umgebung der Wunde, etwa handbreit, mit 3 % Carbolsäure gereinigt, die Wunde selbst dagegen nicht desinficirt, in der Idee, dass die Fäulnisserreger gegen den Blutstrom nicht einzudringen vermögen. Unter andern Umständen wird die Wunde sorgfältig mit 3 % Carbolsäure ausgewaschen, dann mit Protectiv und einer dünnen Lage 10 % Salicyljute oder einigen Carboljutekuchen bedeckt und nun als Unterbinde eine Flanellbinde verwendet,

welche mehrere Monate lang in 10 % Carbolöl gelegen hat. Keine Watte. Erosionen an den Extremitäten werden vor dem Anlegen der Carbolölbinde mit einer 2 % Höllensteinlösung bepinselt. Ueber die Carbolölbinde wird eine nicht gegipste Mullbinde möglichst wenig glatt und unter Bildung möglichst vieler Taschen angelegt und mit Gipsbrei übergossen, welcher seinen Halt an eben diesen Taschen findet. Darüber kommt, an den untern Extremitäten möglichst an der Aussenseite, aber natürlich nach dem Sitz der Wunde sich richtend, eine Gipscompresse und auf diese eine Eisenschiene von 2—3 Ctm. Breite und $^1/_5$ Ctm. Dicke, welche wieder mit einer Mullbinde und dünnem Gypsbrei befestigt wird. Schliesslich werden die Fenster ausgeschnitten, und zwar bleiben die Ränder derselben nur 2—3 Querfinger breit von den Wundrändern entfernt, so dass die Fenster also relativ klein ausfallen. Die Fensterränder lässt Bardeleben mit antiseptischem Kitt (10 % Carbolöl mit Schlemmkreide zur Kittconsistenz gemischt) sorgfältig ausstreichen. Endlich neuer antiseptischer Verband mit Salicyljute oder Carboljutekuchen, welche noch handbreit die Fensterumgebung bedecken. Schwebe aus Telegraphendraht etwa nach dem Princip der Smith'schen vordern Schiene hergestellt.

Im Allgemeinen verlaufen auch complicirte Fracturen mit grösseren Wunden aseptisch, wenn sie nur innerhalb der ersten 24 Stunden in Behandlung kommen. Manchmal, namentlich bei sehr kleinen, durch Blutgerinnsel verstopften Wunden lässt sich aber ein aseptischer Verlauf sogar noch erzielen, wenn schon mehrere Tage seit der Verletzung verflossen sind.

Bei schon jauchenden Knochenbrüchen nimmt B. vom Gipsverband Abstand. Die Wunde wird mit 5—10 % Chlorzinklösung oder 3—5 % Carbollösung sorgfältig desinficirt, eine Carbolmullcompresse oder dünne Jutekuchen aufgelegt und die antiseptische Ueberrieselung eingeleitet. Diese Ueberrieselung kommt also nur bei vorhandener Sepsis zur Anwendung. Man benutzt dazu Carbolsäure, Chlorzink oder schwefelsaures Zink, letzteres meist gleichzeitig mit Carbolsäure, in aufangs stärkeren, dann schwächeren Lösungen. Es tritt aber dabei ausserordentlich leicht Carbolintoxication ein und ist daher eine sorgfältige Ueberwachung nothwendig.

Die Gipsverbände wurden in der Regel nach etwa 3 Wochen abgenommen und erneuert.

Den 35 ausführlichen, chronologisch geordneten Krankengeschichten von im Jahr 1875 behandelten complicirten Fracturen, welche im Original nachgesehen werden mögen, folgt eine tabellarisch geordnete Uebersicht. Dieselbe führt 14 complicirte Fracturen der obern Extremität auf (wobei mehrfache Eröffnungen des Ellenbogen und des Handgelenks) und zwar 1 am Oberarm, 7 am Unterarm, 1 am Karpus und Metakarpus, 5 am Metakarpus.

Von diesen letzteren starb ein Kranker an Delirium tremens, ein anderer an Trismus und Tetanus. Alle übrigen wurden geheilt. Die

Zahl der complicirten Fracturen an den untern Extremitäten beläuft sich auf 21. Von 3 complicirten Oberschenkelfracturen erlag eine nach Verheilung der Wunde dem Delirium tremens, welches sich zu einer von einer Erosion ausgehenden Lymphangoitis gesellte. — Von 18 complicirten Unterschenkelfracturen starben 6; 3 davon an Delirium tremens, ein 4. ging der Klinik mit Delirium tremens und Septikämie 10 Tage nach der Verletzung zu. Der Versuch, ihn noch durch die Amputation nach Gritti zu retten, blieb ohne Erfolg. Ein 5., welchem primär die transcondyläre Oberschenkelamputation (ohne Spray) gemacht war, starb an Nachblutungen. Der 6. Todesfall endlich betrifft eine hier mit aufgeführte, durch Ueberfahren entstandene, complicirte Patellafractur, welche einige Stunden nach der Verletzung aufgenommen wurde. Die Behandlung bestand in primärer Desinfection des Kniegelenks mit 3 % Carbolsäurelösung und Verband mit 4 % Salicyljute. Letztere erwies sich als nicht hinreichend antiseptisch wirksam, eine Erfahrung, die auf der Bardeleben'schen Abtheilung wiederholt gemacht worden ist (und welche Referent aus eigener Beobachtung bestätigen kann). Pat. starb an Pyämie.

Schede (Berlin).

Starcke. Ein Beitrag zur Behandlung der Pseudarthrosen.

(Charité-Annalen II. Jahrgang [1875]. Berlin 1877.)

Verf. behandelte eine 43jährige Frau, welche sich eine Fractur der obern Tibia-Epiphyse zugezogen hatte. Als nach 4 Monaten trotz fixirender Verbände und wiederholter Exasperationen die Consolidation keine Fortschritte machte, liess sich S. starke Nadeln mit lanzenförmiger Spitze und starkem Knopfe von der Länge des Durchmessers der Extremität an der Fracturstelle anfertigen. Nach Desinfection der Haut wurden nun unter Spray 8 Nadeln möglichst nahe den Bruchflächen durch die ganze Ausdehnung der Zwischensubstanz zwischen den Fracturenden und in einem Abstande von ungefähr 1 Ctm. von einander durchgestossen, die Nadelknöpfe etwas oberhalb der Haut abgekniffen, die Zwischenräume zwischen den Nadelenden mit Jutewülsten gut ausgepolstert, um ein weiteres Eindrücken der Nadeln zu verhüten, und darüber ein antiseptischer Verband angelegt. Derselbe blieb 8 Tage unberührt liegen. Nach dieser Zeit war um jede Nadel eine gewisse Röthung und Schwellung, aber keine Eiterung eingetreten. Die Nadeln wurden nun herausgezogen und ein Gipsverband angelegt. Bei dessen Abnahme nach 3 Wochen zeigte sich die Fractur consolidirt.

In einem 2. Falle handelte es sich um eine complicirte Vförmige Tibiafractur unterhalb des mittleren Drittels bei einem kräftigen, 20jährigen Kesselschmied. Während die Wunde unter antiseptischer Behandlung heilte, blieb doch jede Consolidation aus. Das obere Bruchstück drängte stark gegen die Haut. Verbandmodificationen, welche die Dislocation beseitigten, blieben ohne Erfolg hinsichtlich

des Festwerdens. 3½ Monat nach der Verletzung wurden hier ebenfalls Nadeln durch die Zwischensubstanz gestossen, und zwar diesmal 12, welche 5 Tage liegen blieben. Dann entstanden Schmerzen (kein Fieber), die Inspection liess eine entzündliche Schwellung um die Nadeln erkennen, dieselben wurden entfernt. Gipscataplasma-Verband. Nach 17 Tagen konnte Pat. das Bein activ heben, doch war die Verbindung der Fragmente noch eine elastische. Es wurden nun abermals 6 Nadeln, diesmal aber nur der Spitze des V entsprechend, eingestochen, welche 6 Tage liegen blieben. Dann abermals fester Verband. 3 Wochen später konnte Pat. mit Krücken gehen und wurde wenige Tage darauf mit leichtem Kleisterverband entlassen. Nach 2 und 3 Monaten wurde die Festigkeit des Knochens wiederholt constatirt.

Um eine möglichst genaue Coaptation der Bruchenden zu ermöglichen, empfiehlt S. bei frischen Fracturen die rasche Resorption des Blutextravasates dadurch zu erleichtern, dass man das Glied sofort mit einer handbreiten Kautschukbinde einwickelt. Dieselbe bleibt am 1. Tage ½ Stunde, am 2. länger liegen. Bei grosser Empfindlichkeit der Kranken verkürzt man die Dauer des Liegenlassens, führt aber die Gummieinwicklung mehrmals am Tage aus. Nach Abnahme der Binde kann das Blutextravasat durch Massage noch weiter verrieben werden. **Schede** (Berlin).

D. Fubini e **Ronchi.** Della perspirazione di anidride carbonica nell' uomo.

(Archivio per le scienze mediche Torino Vol. I. Fasc. 2.)

Die Versuche, die Kohlensäuremenge zu bestimmen, welche durch die äussere Haut ausgeathmet wird, wurden an dem Vorderarm eines 27jährigen Mannes vorgenommen, dessen Oberfläche gemessen wurde. Der Arm lag in einem Glascylinder, durch welchen fortwährend CO_2 freie Luft aspirirt wurde. Aus der Luft, die den Arm bestrichen hatte, wurde die CO_2 auf die bekannte Art aufgefangen (KO). Im Dunkeln wird weniger CO_2 abgegeben, als in der Helle (100 : 113), bei hoher Temperatur mehr, als bei niederer, — während der Verdauung mehr, als bei nüchternem Magen (112 : 100) — bei Fleischnahrung weniger, als bei vegetabilischer Kost (100 : 116).

Wenn man die für den Vorderarm gewonnenen Resultate auf die ganze Körperoberfläche überträgt, so verlor jener Mann durch die Haut täglich 6,80 Kohlensäure. **Menzel** (Triest).

Gray und **Tuckwell.** On the expectant treatment of chorea.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 710.)

Verff. haben 1871 im The Lancet Vol. II. p. 778 und 814 eine Serie von Chorea-Fällen veröffentlicht, in welchen ohne jede medicamentöse Behandlung in derselben Zeit Heilung erfolgte, in welcher

sie bei medicinischer Behandlung einzutreten pflegt. Sie berichten jetzt über weitere 20 Fälle aus der Oxforder Radcliffe Infirmary, welche allein bei geeigneter Pflege und guter Nahrung sämmtlich innerhalb 9 Wochen heilten. Die Fälle sind kurz skizzirt; sie waren bis auf einen sehr schweren, der in extenso wiedergegeben ist, mittelschwer, betrafen 12 Mädchen, 7 Knaben und eine Frau von 26 Jahren. Nach den Angaben Hillier's dauerten bei Arsenikbehandlung 30 Fälle gegen 10 Wochen und nach Sée's Bericht betrug die mittlere Behandlungsdauer bei verschiedener Medication in 117 Fällen 69 Tage, somit hatte die exspectative Behandlung ein gleich günstiges Resultat. **Pilz** (Stettin).

---

v. Mosengeil. Demonstration seiner Electroden mit Vorrichtung im Griff zum Schliessen, Oeffnen und Wechseln des Stromes während des Gebrauches.

(Vortrag, gehalten in der 4. Sitzung des V. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin am 22. April 1876.)
(Arch. f. klin. Chirurgie 1876. Bd. XX. Hft. 2.)

Um die Unbequemlichkeit zu vermeiden, welche bei Anwendung des galvanischen Stromes durch gleichzeitiges Manipuliren am Commutator entsteht, eine Unbequemlichkeit, welche auch durch einen Assistenten nicht vollständig beseitigt wird, hat v. M. Electroden construirt, in denen der Strom während des Gebrauches geöffnet, geschlossen und gewechselt werden kann. Das Princip dieser Electroden ist, dass zu jeder Electrode eine doppelte Leitung, d. h. eine metallische Verbindung sowohl von dem positiven, als auch vom negativen Pole geht. In dem Griffe jeder Electrode befindet sich ein Schieber, der so verstellbar angebracht ist, dass immer nur der eine Pol in ununterbrochen leitender Verbindung mit dem Electrodenende steht. Wegen der näheren, durch eine Zeichnung gut erläuterten Einrichtung verweisen wir auf das Original. **Maas** (Breslau).

Klein. Der Augenspiegel und seine Anwendung.

Wien. **Urban und Schwarzenberg.**

Der Vortrag bildet das 11. und 12. Heft der unter dem Titel »Wiener Klinik« erscheinenden »Vorträge aus der gesammten praktischen Heilkunde« (herausgegeben von Schnitzler) und ist vom Verf. in seinen ophthalmoskopischen Cursen in Jäger's Klinik gehalten worden. Er umfasst Geschichte und Theorie des Augenspiegels und die Untersuchung des normalen Auges. Es wird wesentlich das aufrechte Bild empfohlen. Die dioptrischen Verhältnisse, der normale Augenhintergrund, die Erkennung der Niveaudifferenzen sind durch Holzschnitte in anschaulicher Weise passend verdeutlicht. **Fränkel** (Chemnitz).

M. Nedopil. Ueber das tuberkulöse Zungengeschwür.

(Arch. f. klin. Chir. 1876. Bd. XX. Hft. 2.)

Von primären tuberkulösen Zungengeschwüren kamen in der Billroth'schen Klinik im verflossenen Sommer vier Fälle zur Beobachtung. Drei Fälle wurden durch die Excision schnell geheilt, in einem Falle wurde die Operation verweigert. Zwei der Patienten waren 32 Jahr alt (1 Mann und 1 Frau), die anderen 68 und 70 Jahre (1 Mann und 1 Frau); in einem 5. Falle war gleichzeitig hochgradige Lungentuberkulose vorhanden.

Verf. beschreibt des Näheren die Entstehung des Geschwürs, und entwickelt seine Anschauungen über die Natur des von ihm, übereinstimmend mit den meisten Autoren, als Neubildung aufgefassten Tuberkels, über dessen Entstehung und Histologie, Anschauungen, die in vielfacher Beziehung von den gewöhnlichen abweichen. So fasst N. die in den Tuberkeln vorkommenden Riesenzellen als Gefässresiduen auf. Er führt zur Begründung dieser Ansicht Folgendes an, welches wir mit den Worten des Verf. wiedergeben: »Der Tuberkeltumor ist ziemlich scharf begrenzt gegen die Umgebung, so dass man an feinen Schnitten schon mit freiem Auge ihn als schwach gelblichen Punct erkennt. Das in den Tuberkelherd einbezogene Gewebe muss nun die Metamorphosen durchmachen, welche überhaupt dem Tumor seinen Charakter als Tuberkel aufprägen. Ein gewisser Complex nimmt die Tuberkelstructur an, in diesem Complex waren nun auch Gefässe, deren Lumen allerdings meist früher schon durch lymphartige Zellen erfüllt ist. Es bleibt von diesem Gefässe nur der centrale Theil als Ganzes erhalten; die specifische, homogenisirende Wirksamkeit der Tuberkelmasse erstreckt sich wohl auf das Protoplasma jenes Gefässtheiles, es bleibt aber die ganze ursprüngliche Gefässpartie als ziemlich abgeschlossener Körper beisammen, in dem die ursprünglichen Kerne, die übrigens sich vermehren können, eingebettet sind. Ich glaube, den letzten Grund der Tuberkelbildung in einer Alteration des Chemismus suchen zu müssen, welche sich lokal an einer scharf umschriebenen Stelle äussert. Es ist aber unmöglich, die Causa efficiens von dem Producte selbst zu trennen und sich das Eine ohne das Andere vorzustellen.« N. macht darauf aufmerksam, dass er mit Lang, der die Entstehung der Riesenzellen in den Lupusknoten beschrieben hat, ziemlich übereinstimmt.

Nachdem N. die 5 Krankengeschichten kurz wiedergegeben hat, giebt er eine Beschreibung seiner Präparate und ihrer mikroskopischen Untersuchung, welche durch Zeichnungen näher erläutert ist. Indem wir wegen des Näheren auf das Original verweisen, heben wir aus diesem Abschnitt nur hervor, dass Verf. wiederholt seine Ansicht über die Entstehung der Riesenzellen im Tuberkel, wie wir sie schon oben angegeben haben, zu begründen sucht. Er macht darauf aufmerksam, dass die Riesenzellen nie in den kleinsten Primärherden auftreten, sondern erst dann, wenn der Tuberkel makroskopisch sichtbar geworden ist, d. h. wenn durch das Confluiren mehrerer

Primärherde Gefässstücke aus der Continuität abgeschnürt sind, ebenso wie man auch aus derselben Ursache Muskelstücke in grösseren Tuberkeln sieht. Seine Anschauungen über das weitere Verhalten der Tuberkel-Riesenzellen spricht Verf. folgendermassen aus: »Aber die grosse Zahl der Kerne in den Riesenzellen und die vielen Theilungsbilder der kernigen Elemente neben dem Unvermögen, ein Zelle mit Protoplasmaleib zu bilden, zeigen uns, dass im Tuberkel der Tod, der Zerfall mit dem Leben und der Vermehrung aufs engste verbunden sind und mit einander kämpfen. Es ist ein unerklärter Widerspruch, dass neben der Schrumpfung und Eintrocknung des Kernes, der in den Tuberkel eingezogen wird, doch wieder die kernigen Elemente in Theilung und Neubildung begriffen sind. Wir sehen wohl viele Kerne, sie vermögen es aber nicht, sich zur Zelle umzuwandeln, welche das auf höherer Stufe stehende Individuum repräsentirt. Und die Riesenzelle selbst muss als ein eigenthümliches Gebilde angesehen werden, wo das Wollen und Nichtkönnen auf's engste verbunden ist. Auch in ihr sehen wir viele Kerne entstehen, diese selbst in Theilung begriffen, es fehlt ihnen aber die vitale Kraft, sich in Individuen zu sondern und selbständig zu werden«.

Maas (Breslau).

J. Cohnheim. Einfacher Gallertkropf mit Metastasen.

(Virch. Arch. Bd. LXVIII. p. 547.)

Eine 35jährige Frau, welche wegen linksseitiger Kniegelenkentzündung Aufnahme in die chirurgische Klinik gefunden hatte, klagte Ostern 1875 über dumpfe Schmerzen in der linken Gesässgegend, ohne dass etwas Krankhaftes am Becken zu entdecken war. Im November entstand tiefe Fluctuation in der Gegend der linken Ileo-Sacraljunctur. Eine Incision eröffnete eine auf der Beckenschaufel gelegene kleinapfelgrosse Abscesshöhle. Die Granulationsmassen derselben, bröcklich, roth, eigenthümlich gallertig, durchscheinend und dem Knochen unmittelbar aufsitzend, wurden ausgekratzt. Pat. starb an Decubitus und Diphtherie des Dickdarms. Die Autopsie hatte das merkwürdige Resultat, das Bestehen zahlreicher untereinander übereinstimmender Geschwültse in den Lungen, in den Bronchialdrüsen, im 2., 3. und 4. Lendenwirbel und in der Markhöhle des rechten Os femoris darzuthun, die sämmtlich das vollständige und typische Bild des Schilddrüsengewebes darboten. Nachträglich liess sich noch constatiren, dass die früher ausgekratzten Granulationsmassen den gleichen Bau hatten. Die Schilddrüse war in beiden Lappen vergrössert. Während im Ganzen das Gewebe die gewöhnliche folliculäre körnige Structur hat, zeigen 2 Knoten links das Bild des Gallertkropfes. Nirgends existirte eine Verwachsung oder ein Hineinwachsen der Kropfknoten in die Nachbarschaft. Ein kleiner Gallertknoten ragte mit einem kleinen, glatten, knopfförmigen Wulst in das Lumen einer grösseren, in die vena thyreoid. inf. einmündenden Vene. Man ist also gezwungen anzunehmen, dass das

einfache Adenoma gelatinosum der Schilddrüse Metastasen in anderen Organen gemacht hat, dass also eine Geschwulstform, die wir für eine exquisit gutartige halten, auch ein Mal Malignität erlangen kann, welche sie den typischen Sarcomen und Krebsen ebenbürtig an die Seite setzt (ähnlich wie Enchondrom, Myxom es häufig, Lipom es in einem Fall der Baum'schen Klinik thaten). Die Bedingungen derartiger gelegentlicher Metastasenbildungen müssen nicht in dem Wesen der Geschwulst selbst, sondern in der Constitution des befallenen Individuums liegen. Von Interesse ist, dass C. den von Runge beschriebenen Fall von »Knochencarcinom« im Atlas und Epistropheus (vgl. Centralbl. für Chir. 1876. p. 429) nach Genese und nach dem mikroskopischen Bild der Geschwulst gleichfalls für Gallertkropf mit »Metastase in den Wirkelkörpern« deutet.

Madelung (Bonn).

R. Oeri. Die Thoracocentese durch Hohlnadelstich und Aspiration bei seröser und eiteriger Pleuritis.

(75 Beobachtungen, gesammelt auf der medicinischen Klinik zu Basel 1874—76.) Stuttgart, **Ferd. Enke.** 1876. 183 Seiten.

I. Allgemeiner Theil. Verf. giebt historische Daten über die Entwickelung der Operation; die Entleerung pathologischer Ergüsse ist seit alter Zeit ausgeführt, um der indicatio vitalis zu genügen; nach Einführung der Percussion und Auscultation boten sich ebenso wenig diagnostische Hindernisse, als technische bei Anwendung des Troikarts; dennoch wurden bis in die neueste Zeit nur eitrige Ergüsse (Empyema necessitatis) in betreffender Weise operirt, da man fürchtete, dass seröse pleuritische Ansammlungen durch Luftzutritt oder Punction in Eiterung übergehen würden. Die ersten Mittheilungen über Thoracocentesen bei serösen Ergüssen datiren von Trousseau aus den vierziger Jahren. Behufs Absperrung der Luft wurde 1) der von Reybard und Trousseau empfohlene Condom, 2) der von Schuh construirte Trogapparat und 3) die von Piorry und Biermer angegebene Vorrichtung (das Ende der Troikartkanüle taucht in eine mit lauem Wasser gefüllte Arzneiflasche) verwandt. Bei Inspiration des Patienten und dadurch bedingtem negativem Druck in der Pleurahöhle gegen Ende der Operation sollte so die Luft abgesperrt und die Flüssigkeit eingesogen werden. Trousseau hatte gute Erfolge und stellte als Indication selbst die blosse Verzögerung der Resorption pleuritischer Ergüsse auf (der Druck der Exsudate auf die Lymphräume der Pleura comprimire diese und sollte aufgehoben werden). Schuh berichtete 1853 über 102 Punctionen an 45 Pat., Kussmaul über seine Fälle 1868 und Bartels im Deutschen Arch. f. klin. Med. Bd. IV. 1870 gab Bowditch in Amerika zwei wesentliche Verbesserungen der Operationsmethode an, die Dieulafoy alsdann zur Anerkennung brachte: Anwendung capillärer Instrumente zur Punction und der Saugpumpe zur Entleerung der Exsu-

date. Auf der Baseler Klinik, wo Verf. Assistenzarzt ist, wurde bei eitrigen Ergüssen bis 1874 die Radicaloperation gemacht. Die ersten Punctionen hatten wenig ermuthigende Resultate gegeben, desto besser waren die folgenden; es wurde streng antiseptisch verfahren. Ueber das in Basel gebräuchliche Instrumentarium ist im Original nachzulesen; hinsichtlich der Technik ist hervorzuheben, dass in Basel die hintere Fläche des Thorax zur Punction gewählt wird, damit der Arm des Pat. nicht genirt und weil mittlere und grössere Exsudate hinten am höchsten stehen. Von 76 Punctionen wurden nur 13 nach vorn von der Scapularlinie, 63 in dieser oder zwischen ihr und der Wirbelsäule gemacht. Hinsichtlich der Wahl des Intercostalraums war der Rath von Bowditch massgebend, so tief unten als möglich zu punctiren; man hält sich an den oberen Rand der nächst unteren Rippe, um die Art. intercost. zu vermeiden; bei kleinen Exsudaten soll man die Nadelspitze schief nach vorn und oben halten, um das Zwerchfell nicht zu verletzen. — Der Widerstand bei der Aspiration ist bei frischen Ergüssen nicht bedeutend. Widerstand kann bedingt sein durch Verstopfung der Nadel durch Gerinnsel, dadurch, dass sich Lunge oder Zwerchfell vor die Spitze legt, oder dadurch, dass die Lunge in Folge lange dauernder Compression oder durch Adhäsionen gehindert, sich nicht schnell wieder ausdehnen kann. Gerinnsel kann man in die Pleurahöhle zurückpumpen, oder durch ein Stilet in der Nadelspitze (Fräntzel's Instrument mit Stilet und seitlich am Troikart sitzendem Rohre) zerdrücken. Bei kleinen Ergüssen zumal legt sich die Pleura pulmonalis oder diaphragmatica leicht an die Spitze an; man hat dann das Gefühl, als ob ein rauher Körper über die Nadel streife, das Ende macht mit der Respiration Pendelbewegungen und Spuren von Blut werden entleert. Widerstand in Folge von Adhäsionen macht starken Schmerz und Beengung und die Thoraxwandungen ziehen sich ein; es kann dann Blut zum Vorschein kommen, das durch blosses Saugen aus den Wandungen der Höhle entleert ist. Bisweilen reissen die Adhäsionen bei fortgesetztem Pumpen, was aber nur in dem Falle erfolgen darf, dass die Lungen selbst nicht erkrankt sind, namentlich keine Höhlen bis nahe zur Oberfläche derselben vorgedrungen sind. — Bei kleineren Ergüssen entleert man möglichst viel, bei grösseren etwa 1500 Ctm. auf einmal; allzurasche Entleerung ist zu vermeiden. Gegen Ende der Entleerung werden fast allgemein Hustenanfälle beobachtet, wenn die comprimirt gewesene Lunge wieder »entfaltet« wird. Die Frage, ob Fieber nach der Punction, durch diese hervorgerufen, auftrete, beantwortet Verf. aus dem statistisch zusammengestellten Material dahin, dass viel mehr ein Sinken des Fiebers, wenn solches vorhanden gewesen, anzunehmen sei. — Ebenso wie bei serösen Ergüssen empfiehlt Verf. dieselbe Operationsmethode bei Empyemen auf Grund nicht zurückzuweisender Raisonnements; nur soll hier nicht so viel Masse auf einmal entleert werden.

Im II. Theile der Arbeit, den Verf. den casuistischen nennt, werden die ausführlichen Krankengeschichten seines reichlichen Beobachtungsmaterials mitgetheilt, und ist hinsichtlich derselben auf das Original zu verweisen.

v. Mosengeil (Bonn).

Schultze. Untersuchungen über die Distractionsfähigkeit der grossen Extremitätengelenke.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. VII. p. 76.)

Verf. stellt sich vor, dass momentaner Extensionszug bei gefüllten Gelenken Erwachsener aus dem Grunde eine Erhöhung des intraarticulären Druckes bewirkt, weil die entzündlich geschwellten Bandmassen zu wenig Nachgiebigkeit haben, um genügende Diastase der Gelenkenden zur Aufnahme der Flüssigkeit zwischen dieselben zu gestatten, und weil somit die gefüllten Kapseltaschen dem erhöhten Druck durch die gespannten umgebenden Weichtheile ausgesetzt sind. In einem Falle von acuter seröser Gonitis wurde nach der Punction mittelst Manometer ein Ueberdruck im Gelenkcavum erkannt; bei Extension mit 20 Pfund stieg die Quecksilbersäule des Manometers noch weiter. Nachdem das Gelenk durch 4 Tage mit 6 Pfund extendirt worden war, ergab eine neue Druckmessung bedeutende Abnahme des Ueberdruckes und bei momentanem Zug mit 20 Pfund wurde der intraarticuläre Druck negativ.

In einem 2. Falle von Hydrops genu wurde durch Gewichtextension von 3tägiger Dauer der intraarticuläre Druck gleichfalls herabgesetzt, doch hatte nachher ein momentaner stärkerer Zug eine momentane Druckerhöhung zur Folge. Eine Messung an dem normalen Kniegelenk eines Lebenden ergab Herabsetzung des intraarticulären Druckes bei momentan stärkerem Zuge. — Diese beiden Fälle dienen dem Verf. zur Stütze seiner Ansicht. — Von der Distraction ist überhaupt bei Gelenkleiden Folgendes zu erwarten: 1) Verminderung oder Aufhebung des schädlichen Druckes der Gelenkenden gegen einander. 2) Verbesserung der Stellung derselben. 3) Verminderung der narbigen Schrumpfung der Synovialis und der Bänder. 4) Beförderung der Resorption bei Flüssigkeitsansammlungen durch gleichmässige Erhöhung des intraarticulären Druckes. Die Distractionsmethode wäre demnach indicirt bei acuten eiterigen oder serösen, bei fungösen und chronischen eiterigen Gelenkentzündungen, endlich bei perversen Stellungen der Gelenke.

Beim Hüftgelenk erreichte S. durch mässige Belastung (10—12 Pfd.) Diastase der Gelenkflächen. Er hält die von Volkmann empfohlene Art der Extension und Contraextension für die zweckmässigste. Die in der Klinik von Lücke durch die Distractionsbehandlung bei Coxitis erreichten Erfolge waren zufriedenstellend. Beim Kniegelenk genügte gleichfalls eine mässige Belastung, um nach 1—2 Tagen Diastase der Gelenkenden hervorzubringen. Allerdings brachte S. die Contraextension direct am Os femoris an, was sich

beim Lebenden durch einen Heftpflasterverband am Oberschenkel nur in sehr unvollkommener Weise nachahmen liesse. Auch beim Fussgelenke wurde in den Leichenversuchen des Verf. durch Zug mit Gewichten (8—12 Pfd.) der intraarticuläre Druck herabgesetzt, durch permanenten Zug das Sprunggelenk zum Klaffen gebracht. Bei stark gefülltem Gelenke hatte die Distraction eine Drucksteigerung zur Folge.

In einem Falle von chronischer Entzündung des Sprunggelenkes erzielte Verf. durch Distraction mit einer Last von 2 Kilo, die an einem Gipsverband angriff, rasche Besserung.

In Bezug auf das Schultergelenk fand Verf., dass der intraarticuläre Druck bei Abduction des Armes allmälig abnahm, bis zu einem Winkel von 70° mit der Senkrechten; bei höherer Elevation nahm der Druck wieder zu. Das gleiche Verhalten zeigte sich beim Erheben des Armes nach vorn in der Sagittalebene, nur war hierbei der geringste Druck bei 20° erreicht.

Gewichtsextension bei Abductionsstellung von 70° ergab Herabsetzung des Druckes im Gelenke in geradem Verhältnisse zur Grösse der Belastung; schon eine Last von 8 Pfd. machte die Gelenkflächen klaffen. Beim Ellenbogengelenk war die Druckherabsetzung bei fast rechtwinkeliger Beugung am beträchtlichsten; ein gleichmässiges Klaffen des Gelenkes durch Zug mit Gewichten war in keiner Stellung zu erzielen.

Für das Radio-Karpalgelenk ergaben die Versuche des Verf. den geringsten Druck bei gerader Stellung. Durch Zug an der Mittelhand wurde Diastase im Radio-Karpalgelenke und im Inter-Karpalgelenke erzielt, die Handwurzelknochen jedoch wurden in ihrer wechselseitigen Stellung bedeutend alterirt, namentlich stark an einander gedrängt, so dass für das Handgelenk die Distractionsbehandlung als ungeeignet erscheint. **Gersuny** (Wien).

A. Ferber und **E. Gasser**. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Fingerstrecker.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. VII. Hft. 1.)

Innerhalb der ersten Stunde nach dem Tode prüften Verf. an Leichen die zum Theil blossgelegten Muskeln, indem sie hineingestochene Stahlnadeln mit den Leitungsschnüren eines Inductionsapparates verbanden. Die Wirkung etwaiger Stromschlüsse wurde dadurch eliminirt, dass diejenigen Muskeln, deren Contraction das Resultat möglicherweise modificiren konnte, durchschnitten wurden.

Nach dieser Methode kamen sie zu folgenden Resultaten:

1) Der Extensor digitorum communis wirkt auf alle 3 Fingerglieder und zwar auf die Grundphalanx stärker, als auf die Mittelphalanx, und auf diese energischer, als auf das Nagelglied. Die Stellung der Hand im Handgelenk ist für die Wirkung des Muskels gleichgültig. Die Stellung der Grundphalanx ist für die Wirkung

des Muskels auf die Mittelphalanx gleichgültig; nicht aber die der Mittelphalanx für die Streckung des Nagelgliedes; letztere kommt nur zu Stande, wenn das Mittelglied gestreckt ist.

2) Die Interossei sind Beuger der Grundphalanx und Strecker der Mittel- und Endphalanx. Die Wirkung auf die Endphalangen tritt auch dann ein, wenn die Grundphalanx in Streckung fixirt ist. Isolirte Streckung der Nagelphalanx bei gebeugter Mittelphalanx ist experimentell ebenso unmöglich, wie bei Lebenden.

3) Die Lumbricales sind einfach Verstärker der Wirkung der Interossei; Reizung der Interossei bei durchschnittenen Lumbricales und umgekehrt giebt eine relativ schwächere Wirkung. Reizung der Interossei und Lumbricales nach Durchschneidung der Flexoren giebt eine relativ stärkere Wirkung (für das Verständniss pathologischer Thatsachen wichtig). Die zur klinischen Illustration beigefügten 3 Fälle von Bleilähmung, Verletzung des N. ulnaris und N. medianus bieten nichts Besonderes. Von grösserem Interesse ist der 4. Fall von Contractur der Interossei und Lumbricales (Pfötchenstellung wie bei Tetanie) bei einer 39jährigen Bergmannsfrau.

Seeligmüller (Halle).

H. Ranke. Ueber Lipome an der Volarseite der Finger. Aus der Volkmann'schen Klinik.

(Arch. f. klin. Chir. 1876. Bd. XX. Hft. 2.)

R. hatte Gelegenheit, von den sehr seltenen Lipomen der Hohlhand zwei Fälle zu beobachten. In dem ersten Falle hatte sich der Tumor bei einer 18jährigen Schneiderin in drei Jahren an der 2. Phalanx des rechten Mittelfingers continuirlich entwickelt und nahm die Volarfläche der 2. und 3. Phalanx ein. Die Haut war gespannt, glänzend, aber von dem Tumor abzuheben. Bei der Exstirpation waren die Flexorensehnen nicht vollständig blossgelegt. Die Heilung erfolgte ohne nachbleibende Bewegungsstörung in 8 Tagen. Der zweite Fall betraf eine 55jährige Frau. Der Tumor hatte sich seit 6 Jahren an der Volarseite des Nagelgliedes des rechten Daumens entwickelt und reichte bis zur Mitte der ersten Phalanx. Exstirpation und Heilung erfolgten wie im ersten Falle.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Tumoren noch durch die innerste Schicht der Sehnenscheide von der Sehne getrennt sind; dass sie gleich den Hygromen längs der Sehnenscheiden wachsen und eine wurstförmige Gestalt haben, welche bei weiterem Wachsthum in eine rundliche, weiche Form (Neyber) übergehen kann. Das diagnostische Merkmal von Lipomen anderer Körpertheile, über welchen die Haut bei Compression der Tumoren wegen ihres innigen Zusammenhanges mit derselben ein narbiges, höckeriges Aussehen annimmt, fehlte, weil die Fingerlipome eine eigene Bindegewebskapsel hatten und mit allen umgebenden Geweben nur in sehr lockerer Verbindung standen. Wegen der differentiellen Diagnose macht Verf. auf die unter-

scheidenden Momente zwischen Lipomen und den andererseits in Betracht kommenden Atheromen und Sehnenscheiden-Hygromen aufmerksam. Bei der Exstirpation erscheint es zweckmässig, mit dem Tumor ein elliptisches Stück der Haut zu entfernen, da diese letztere sich nach Exstirpation an dieser Stelle nicht retrahirt.

Maas (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

Nicaise. De la myosite infectieuse.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie. Première année. 1877. No. 1.)

Die nach Hayem infectiöse Myositis benannte Erkrankung ist einmal von Foucault beobachtet worden; N. adoptirt diesen Namen und fügt dem Foucault'schen Falle zwei weitere bei.

Im ersten Falle entwickelte sich bei einem 40jährigen, epileptischen Manne unter hohem Fieber erst eine Schwellung am oberen, inneren Theil des rechten Oberschenkels, dann an der rechten Schulter und den rechten Seitentheilen der Brust. Die Haut der ergriffenen Stelle an der Brust ist verhärtet, ödematös, unnachgiebig, von blasser hellgelber Farbe und von einem wallartigen Rande umgeben, während die Haut an der bezeichneten Stelle des rechten Oberschenkels weniger verhärtet, mehr rosig gefärbt ist und in Folge des Oedems eine Art Wulst bildet. Nirgends Fluctuation. Unter Zunahme der Schwellung und äusserst heftigen Allgemeinerscheinungen stirbt der Kranke am 5. Tage nach seiner Aufnahme ins Spital, am 10. seit Beginn der Erkrankung. Die Section ergiebt: Vorgeschrittene Fäulniss der ganzen Leiche. Am rechten Oberschenkel kein Eiter im subcutanen Zellgewebe, aber die ganze Gruppe der Adductoren ist von Eiter infiltrirt, die betreffenden Muskeln von graulicher Farbe und wie spongiös. Ebenso sind den erkrankten Stellen an der Brust entsprechend, der m. serratus anticus und m. pectoralis major von Eiter infiltrirt. Sonst nichts Abnormes.

Der zweite Fall betrifft einen 45jährigen sehr kräftigen Mann und trat die Erkrankung unter dem Bild einer tiefen Phlegmone des linken Oberschenkels auf. Die Haut der erkrankten Stelle ist im Centrum roth, an der Peripherie gelblich gefärbt, verdickt, von einem wallartigen Rand umgeben und zeigt gegen das Centrum hin kleine Phlyktaenen; undeutliche Fluctuation. Das Allgemeinbefinden ist nicht so stark afficirt wie im ersten Falle. N. machte mit dem Thermocautor eine 20 Ctm. lange Incision bis in den m. triceps femoris; dieser ist von Eiter umgeben und durchsetzt. Unter rascher Verschlimmerung des Allgemeinbefindens stirbt der Kranke nach 4 Tagen.

Auf Grund dieser 2 Fälle und dem von Foucault beobachteten glaubt N. an eine Art von Allgemeininfection, deren einziges anatomisches Merkmal die diffuse eitrige Myositis bildet. Es ist noch hervorzuheben, dass in allen drei Fällen weder eine Wunde noch eine oberflächliche Entzündung vorausging.

Im Anschlusse berichtet Verf. über einen weiteren Fall von diffuser, eitriger Myositis, die aber nicht spontan entstand. Von varicösen Fussgeschwüren ausgehend, entwickelte sich eine Lymphangoitis, dann eine eitrige Kniegelenksentzündung und schliesslich diffuse eitrige Myositis des m. triceps femoris und m. triceps brachii. Tod nach 9 Tagen. **Kölliker** (Würzburg).

Couty. Étude sur une espèce de purpura d'origine nerveuse.

(Gaz. hebdom. 1876. No. 36, 38.)

Ein 13jähriger Knabe, von anämischem Aussehen, ohne hereditäre Anlagen, zeigt rothviolette, scharf begrenzte nicht prominirende Flecken von 5—15 Mm. Durchmesser in der Haut der Extremitäten, welche Tags vorher ganz plötzlich, ohne die geringste Allgemeinaffection entstanden sind. Während dieselben abblassten, tritt ein vorübergehender Kolikanfall auf; 3 Tage später sind neuerdings

Flecken vorhanden, dieses Mal combinirt mit einem Oedem der Knöchel, das 4—5 Tage anhielt. Von nun an wechseln wiederholte Kolikanfälle und Erbrechen mit Eruptionen von Purpuraflecken ab; einmal konnte $^3/_4$ Stunden nach Beginn einer besonders heftigen Kolik der Ausbruch zahlreicher lebhaft roth gefärbter und prominirender Flecken constatirt werden, viel häufiger erschienen die Flecken jedoch ohne alle Symptome, später auch über den Stamm verbreitet und zuweilen mit Oedemen combinirt. Nach $2^1/_2$ monatlicher Spitalbehandlung (womit?) hörten die Kolikanfälle auf, das Allgemeinbefinden war gebessert, die Purpura-Eruption cessirte etwas später. Eine Zählung mittelst des Apparates von Malassez ergab 1 Monat nach Beginn des Leidens 2,350000, bei der Entlassung 3,100000 rothe Blutkörperchen.

C. stellt aus der Litteratur noch eine Reihe von ähnlichen Beobachtungen zusammen und leitet aus denselben die Zusammengehörigkeit der Symptome von Seiten der Haut (Hämorrhagien u. Oedeme) und von Seiten des Verdauungstractus: Koliken und Erbrechen, sowie die Unregelmässigkeit im Auftreten und in der Aufeinanderfolge der Erscheinungen, ab. Der Symptomencomplex, genau zu unterscheiden von dem Morbus maculosus und von der Purpura Cachectischer, ist nach C. abhängig vom Nervensystem und zwar, wie er meint, von einer Erregung des sympathischen, namentlich des vasomotorischen Apparates, ohne dass eine nähere Erklärung bis jetzt gegeben werden könnte. **Winiwarter** (Wien).

A. Pick. Beitrag zur Lehre von den Neuromen.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. VII. Hft. 1.)

Ein 25jähriger Lieutenant hatte im Kriege 1870—1871 eine Schussfractur des linken Humerus erlitten. Seitdem klagte er über heftige neuralgische Schmerzen im linken Arm etc. Im Verlaufe des linken N. medianus fand sich eine spindelförmige, frei bewegliche, auf Druck schmerzhafte Verdickung von ziemlich Taubenei-Grösse. Dieses Neurom, von Wilms mit einem Stück vom N. medianus in der Länge von 4 Ctm. excidirt, wurde von Pick genau mikroskopisch untersucht. Danach ist er geneigt, im Widerspruch mit Virchow, als Matrix des Neuroms nicht das zwischen den Stümpfen des Nerven befindliche Granulationsgewebe, sondern das an Ort und Stelle befindliche Nervengewebe anzusehen, das durch einfache Hyperplasie das Neurom aus sich erzeugt. **Seeligmüller** (Halle).

Kratschmer. Ueber Sublimatpräparate für subcutane Injectionen.

(Wiener med. Wochenschrift 1876. No. 47 u. 48.)

Verf. behandelt die höchst interessanten chemischen Verhältnisse, die sich bei Darstellung des Bamberger'schen Sublimatalbuminats ergeben und giebt Darstellungsmethoden dafür an. **v. Mosengeil** (Bonn).

J. E. Adams. Case of hernia cerebri treated by a plastic operation.

(The Lancet 1876. Vol. 2. p. 679.)

Ein 7jähriger Knabe hatte sich durch Fall eine complicirte Fractur des Schädels im fronto-temporalen Theile zugezogen; durch die verletzte Dura war Gehirn herausgetreten. Nach vielen Zwischenfällen war endlich nach 3 Monaten der Knabe bis auf eine halb-hühnereigrosse pulsirende Granulationsmasse an der Bruchstelle geheilt. Nachdem der Hautrand in der Umgebung abgelöst war, wurde aus der Kopfhaut ein genau passendes Stück darauf transplantirt. Das Stück heilte gut an; der Haarwuchs war nach 3 Monaten gut vorwärts gegangen; die Pulsation war erloschen. **Pils** (Stettin).

M. Howard. Case of epithelioma occurring in the very unusual situation of the upper lip.

(The Dublin Journal of med. science 1875. Vol. LX. p. 564.)

Bei Stephan O'Sullivan an dem St. Patricks Hospital wurden bald nacheinander zwei Epitheliome der Oberlippe beobachtet. Das erste war bei einer

55jährigen Frau vor 7 Jahren als Warze entstanden, hatte nun die Schleimhaut ulcerirt und zu Blutungen Veranlassung gegeben. Keine Drüsenschwellung. Das 2. fand sich bei einem 65 Jahr alten Manne. Beide Male Exstirpation. Heilung.

H. Braun (Heidelberg).

Lang. Intussusception der Luftröhre.

(Memorabilien 1876. p. 499.)

Ein 28jähriger Mann, mit Pflücken von Früchten beschäftigt, glitt mit den Händen ab, stürzte den Kopf voran abwärts, blieb aber mit den Füssen in den Aesten hängen und so eine Stunde in der Luft schweben, da seine Bemühungen, sich mit dem Oberkörper emporzuschnellen, um einen Zweig zu ergreifen, erfolglos blieben. Bei diesen Befreiungsversuchen stemmte er den Kopf fest der Brust an. Bald stellten sich Athmungsbeschwerden ein, die sich in Erstickungsanfälle umwandelten, sobald Pat. den Kopf vorn übersinken liess. Auscultation und Percussion ergaben nichts Abnormes; die Ursache der Athmungsbehinderung konnte trotz mehrfacher Consultationen nicht aufgefunden werden. Pat. wurde des qualvollen Lebens überdrüssig und ertränkte sich. Die Section zeigte den Raum zwischen zweitem und drittem Luftröhrenknorpel ungewöhnlich erweitert und die gedehnte Membran erschlafft. Beim Senken des Kopfes schob sich an dieser Stelle der untere Theil der Luftröhre in den oberen hinein, ähnlich einer Invagination. Verf. meint, sollten in ähnlichen Fällen mechanische Vorrichtungen nicht radical helfen, so dürfte bei Erstickungsanfällen die Tracheotomie angezeigt sein, und es könnte bei längerem Tragen der Kanüle eine Verdickung in der Umgebung der durchschnittenen Luftröhre sich bilden und diese, an Stelle der laxen Membran die Knorpelringe genügend fixiren. **Pilz** (Stettin).

M. Whistler. Impaction of a bone in the larynx for five weeks; removal of it by the aid of the laryngoscope.

(The Lancet 1876. Vol. 2. p. 778.)

Eine Frau fühlte beim Essen, dass sie einen harten Gegenstand verschluckte; bald folgten Dyspnoe, heftiger Husten, stechender Schmerz. Der hinzugerufene Arzt versuchte ohne weitere Untersuchung den angeblichen Fremdkörper instrumentell im Oesophagus hinunter zu schieben; es erfolgte Erleichterung. Aber schon nach wenigen Tagen steigerten sich die Athembeschwerden; ein gereichtes Expectorans vermehrte den Husten. Jetzt, nach 4 Wochen, fand W. die Kranke mit pfeifendem Athem, mit unterbrochenem Husten, und leicht blutiger Schleim-Expectoration. Es bestanden heftige Schmerzen im Larynx, die zum Ohre ausstrahlten und durch äussern Druck auf cartil. thyreoid. vermehrt wurden. Während der Husten-Paroxysmen bestand schwere Dyspnoe; andauerd blieb Aphonie. Pat. war sehr ängstlich und heruntergekommen. Der Kehlkopfspiegel zeigte die falschen Stimmbänder geschwollen, die gerötheten wahren bedeckend; die Schleimhaut der Epiglottis und die zwischen den Arytenoidknorpel gelegene Falte intensiv geschwollen. In der Mittellinie der Glottis lag ein schmaler Fremdkörper, dessen Höhe nicht zu bestimmen war. Die Extraction gelang nicht, der Körper war zu fest eingekeilt. Nachdem durch Inhalationen und Eisstücke die Entzündung local gebessert war, wurden mehrere Extractionsversuche gemacht, leider fruchtlos, nur eine Lockerung wurde erreicht. Endlich gelang es W. am 10. Tage bei tiefer Inspiration den Fremdkörper zu fassen und während er die Pat. husten liess, zu entfernen. Das glatte Knochenstück war annähernd rhombisch, $^{15}/_{16}$″ lang und $^{3}/_{4}$″ breit, mit zackigen Rändern und ähnelte der perpendiculären Platte des Siebbeins. Der Fall ist von Interesse, weil er zeigt, dass ein grosser Fremdkörper 5 Wochen lang im Kehlkopf getragen werden konnte, sodann weil er besonders mahnt, wenn Verschlucktsein von Gegenständen angegeben wird, genauer, besonders laryngoskopisch, zu untersuchen; es gelang im vorliegenden Falle noch nach 5 Wochen, den Fremdkörper direct zu entfernen. Einige ähnliche Fälle (Morell-Mackenzie, Tobold) werden mitgetheilt und therapeutische Bemerkungen angeknüpft. **Pilz** (Stettin).

Maunoury. Fracture de côte compliquée. — Plaie contuse du rein. (Société anatomique; séances de 1876 juin).

(Progrès médical 1876. No. 47.)

27jähriger Mann. Verletzung durch Eisenbahnpuffer (? tamponné par un wagon) am 12. Juni. Fractur der 4.—9. Rippe mit Verletzung der Lunge und Pneumothorax. — Am 13. Juni Harnverhaltung; Catheterismus: 1 Liter Urin. 14. Juni: häufiger Harndrang, welchem Pat. nicht widerstehen konnte. Auffällige Verminderung der täglich gelassenen Harnmenge (350 Grm.), die in den folgenden Tagen wieder zunahm: 500—600—800—900 Grm. Durchaus kein Blut im Harn. Verneuil diagnosticirte eine Contusion der einen Niere und allmälige Compensation durch die andere gesunde. 19. Juni: exitus letalis. Section: ausser dem Pneumothorax und den Rippenbrüchen finden sich 2 Liter serös-blutige Flüssigkeit im Thorax. An der hintern Seite der rechten Niere ein ungefähr 1 Ctm. tiefer Querriss vom Hilus bis zur äussern Seite, nur das Parenchym betreffend. Das ganze umgebende Zellgewebe blutig infiltrirt. (Genauerer Befund fehlt.)

Petersen (Kiel).

Gillette. Ovariotomie.

(Bulletin de l'académie de médecine 1876. No. 52.)

Vorstellung zweier glücklich verlaufener Operationsfälle.

1. 31jährige Frau, quadripara. Grosse Ovarialcyste der rechten Seite. Nach 3 vergeblichen Punctionen Operation am 14. September; die Exstirpation gelang ohne Schwierigkeit. Aus der Geschwulst wurden mit dem Aspirator von Potain 20 Liter Flüssigkeit entleert. Die 15 Ctm. lange Wunde durch 14 Metallsuturen vereinigt. Entfernung derselben vom 5. Tage ab; Abstossung des Stiels am 18. Tage, vollständige Heilung.

2. Grosse multiloculäre Cyste bei einer 22jährigen Person. Die Operation durch zahlreiche Verwachsungen der Geschwulst, namentlich mit dem Netz und der vorderen Bauchwand, sowie durch Kleinheit des Stiels erschwert. Vereinigung der Wunde durch Metallsuturen und (6) Nadeln. Bedeckung derselben mit Watte und Collodiumbepinselung. Keine Zwischenfälle von Seiten des Abdomen. Heilung der Wunde am 4. Tage per primam. Ablösung des Stiels am 12. Tage.

Arn. Hiller (Berlin).

J. Boekel. Observations et considérations sur l'opération de la boutonnière dans la contusion du périnee.

(Gazette méd. de Strassbourg 1876. No. 11.)

Verf. vertheidigt auf Grund eigener Erfahrungen, in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der Chirurgen, bei allen schwereren Contusionen der Perinealgegend, wo eine Zerreissung der Urethra anzunehmen ist, die primäre Urethrotomia externa vorzunehmen. Er verwirft lange Katheterismusversuche. Die Blasenpunction sei nur eine palliative und momentane Aushülfe. Da ein Perinealabscess fast sicher zu erwarten ist, so erscheint es weit zweckmässiger, schon wegen der zu befürchtenden Margininfiltration, den äusseren Harnröhrenschnitt möglichst frühzeitig zu machen, das centrale Ende der Urethra aufzusuchen und einen elastischen Katheter bis in die Blase mit Hülfe eines Urethralgorgerets einzuführen. Zur Illustration dienen einige Krankengeschichten.

Girard (Bern).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 9. **Sonnabend, den 3. März.** **1877.**

Heilung eines grossen Hygroma praepatellare durch Galvanopunctur.

Von

Dr. **Martin Vogel,**

prakt. Arzt in Eisleben.

Der Häuer K., 45 Jahr alt, hatte Ende April v. J. bei der Arbeit einen Stoss gegen das rechte Knie erlitten. Er hatte das Gefühl des Ueberschnappens und rückte das Knie wieder zurecht, wobei er ein Knarren verspürt haben will. Wahrscheinlich handelte es sich um eine Subluxation der Patella, die sogleich nach ihrem Entstehen wieder eingerichtet wurde. Welche Gegend des Knies von dem Stosse betroffen war, darüber konnte K. keine Angaben machen. Seit jener Zeit empfand er Schmerz und Behinderung beim Gehen, und es bildete sich im Verlauf von vier Wochen eine Geschwulst auf dem Knie aus, die ihm nur mühsam und mit steifem Beine zu schreiten gestat-

tete. Da nach einer länger dauernden Behandlung mit Jodtinctur, Compression etc. sich das Uebel nicht besserte, der Pat. auch seine Arbeit nicht verrichten konnte, so wurde derselbe von seinem Arzte dem hiesigen gewerkschaftlichen Krankenhause Anfang Juli überwiesen.

Die Untersuchung ergab Folgendes: das Knie war kräftig und regelmässig gebaut, das Gelenk selbst scheinbar unversehrt. Auf der Patella befand sich ein Hygrom von sehr bedeutender Ausdehnung. Dasselbe setzte sich über und zu beiden Seiten des Ligamentum patellae bis zu dessen Ansatz an die Tibia fort, so dass die Gestalt der Geschwulst eine eiförmige war; die stumpfe Spitze, welche den oberen Rand der Kniescheibe ganz wenig überragte, nach oben gekehrt; es existirte also eine Verbindung des Schleimbeutels mit der Sehnenscheide. Die sehr pralle Geschwulst zeigte deutliche Fluctuation, corpora oryzoidea wurden nicht darin bemerkt. Die vordere Wandung fühlte sich recht dick an. Der Inhalt wurde ungefähr auf eine grosse Tasse Flüssigkeit geschätzt. Die Länge betrug 16, die grösste Breite 13 Ctm. Der Umfang des kranken Knies betrug bei festem Anziehen des Messbandes in der Mitte 37 Ctm. gegen 33 Ctm. des gesunden. Bewegungen im Gelenk waren möglich, doch nicht bis zu den höheren Graden der Beugung, da dann heftige Schmerzen auftraten. Beim Gehen hielt der Pat. das Bein steif, hatte den Oberkörper etwas nach vorn gebeugt, und gebrauchte das Bein wie einen Stelzfuss. Pat. konnte sich nicht zu einer Operation entschliessen, und ich selbst mochte ihm auch nicht allzusehr dazu rathen, da der Umstand, dass die Geschwulst das Ligamentum patellae umgab, mir Bedenklichkeiten verursachte. Ich beschloss also, es zunächst mit der Ruhe, mit fester Compression, Jodtinctur zu versuchen, und applicirte ausserdem täglich einen starken Inductionsstrom durch die Geschwulst, da ja vielfache Beobachtungen die zertheilende Kraft des letzteren ausser Zweifel stellen. Wirklich schien es mir, als ob die Geschwulst dadurch etwas schlaffer wurde, doch ergab die Messung in den nächsten Wochen dasselbe Resultat, wie früher. Ich beschloss nun vor Anwendung des Messers noch einen Versuch mit dem constanten Strome zu machen. Zu diesem Zwecke bewaffnete ich den negativen Pol meiner Remak'schen Batterie mit einer stählernen, stark vergoldeten Nadel, und stiess dieselbe oberflächlich in die Geschwulst, während der positive Pol mit einer befeuchteten Platte in geringer Entfernung aufgesetzt wurde, wobei ich 5 bis 7 Elemente benutzte. Ich hatte die Hoffnung, dass der negative Pol, welcher die Eigenschaft hat, das Eiweiss zu verflüssigen, eine grössere Resorptionsfähigkeit des Geschwulstinhaltes herbeiführen werde. In der That hatte ich auch die Freude, dass nach einigen Sitzungen die Geschwulst definitiv abnahm, was sich ohne Selbsttäuschung durch Messung nachweisen liess, da der Umfang nur noch 35 Ctm. betrug, und Pat. den Weg nach meiner Wohnung entschieden leichter gehend zurücklegte. Diese Abnahme erfolgte gleich nach den ersten Sitzun-

gen. Darnach aber trat trotz mehrerer Sitzungen ein Stillstand ein. Es mochte dies darin seinen Grund haben, dass die Vergoldung der Nadel an einigen für das Auge nicht sichtbaren Stellen schadhaft geworden war. Zudem empfand Pat. während der Sitzungen sehr heftige Schmerzen und an den Einstichsstellen wurde die Haut unter einem knisternden Geräusch verschorft. Deshalb liess ich mir eine ganz goldene Nadel von 16 karätigem Golde anfertigen; dieselbe stiess ich bis zur Mitte der Geschwulst ein, und der Pat. ertrug nunmehr den Strom ohne grosse Empfindung 7 Minuten lang, und ohne dass eine Verschorfung wieder eingetreten wäre. Am anderen Tage zeigte es sich, dass die Geschwulst um die Hälfte abgenommen hatte, zwei weitere Sitzungen in den folgenden Tagen beseitigten die Flüssigkeit bis auf einige Reste. Diese Reste verursachten mir noch einige Schwierigkeiten. Durch die rasche Zusammenziehung des Hygroms waren seine Wände sehr dick geworden, und es kostete Mühe die Nadel hindurchzuführen. Ausserdem aber galt es — da noch keine Verklebung der Wände eingetreten war — die Flüssigkeit aus der weiten Fläche so zusammenzudrängen, dass die Nadel noch in der Flüssigkeit wirkte, und nicht die hintere Wand des Schleimbeutels berührte. Dabei machte sich eine Schwierigkeit, veranlasst durch den Bau des Hygroms, geltend. Ursprünglich hatte dasselbe wohl aus einem oberen (Schleimbeutel) und einem unteren Raume (Sehnenscheide) bestanden, die durch eine enge Stelle am unteren Rande der Kniescheibe getrennt wurden, bis die Masse der Flüssigkeit durch ihren Druck eine weite Communication herstellte. Diese Verengerung stellte sich nach der erfolgreichen Galvanisation wieder ein, und es war schwierig den geringen Rest von Flüssigkeit im unteren Sacke in den oberen heraufzudrücken. Ich half mir damit, dass ich mittelst einer angefeuchteten Binde eine testudo inversa in einigen Touren anlegte, und so die Flüssigkeit nach einer bestimmten Stelle drängte, wo sie dann mit der von der Seite her eingestossenen Nadel in Angriff genommen wurde. Nach der Sitzung suchte ich durch den Druck derselben Binde den unteren Raum leer zu erhalten. Vier Sitzungen, welche absichtlich recht kurze Zeit dauerten, und nur an jedem zweiten Tage vorgenommen wurden, um der Verdickung der Cystenwände Zeit zur Rückbildung zu lassen, genügten, um auch die letzte Spur von Flüssigkeit zur Aufsaugung zu bringen. Anfang August war der Pat. geheilt. Ich behielt ihn noch einige Tage in der Anstalt, um mich vor einem Recidiv zu sichern, doch konnte ich ihn dann vollständig arbeitsfähig, ohne irgend eine Behinderung im Gehen, und mit dem Umfang von 33 Ctm., welcher dem des gesunden Kniees entsprach, entlassen. Die Haut über dem Knie war noch etwas verdickt, doch behob sich dieser Fehler bald von selbst.

Leider habe ich seit dieser Zeit keine Gelegenheit gehabt, die Galvanopunctur bei Hygroma von Neuem anzuwenden. Doch hielt ich diese vereinzelte Beobachtung für wichtig genug, um sie hier

mitzutheilen. Zwar habe ich in den Schriften über Electrotherapie — soweit mir dieselben zu Gebote stehen — diese von Althaus empfohlene Methode auch für die Bursitis praepatellaris erwähnt gefunden, doch fand ich darüber nur kurze Notizen. Da aber diese Affection keine so seltene ist, so darf ich wohl die Vortheile der oben geschilderten Anwendung betonen. Bei der jetzigen Billigkeit und Handlichkeit der galvanischen Apparate haben sich seit den letzten fünf Jahren viele Aerzte in Besitz derselben gesetzt. Der Grund, das Hygroma operativ zu behandeln, weil keine Batterie zu Gebote steht, ist darum in vielen Fällen nicht vorhanden. Und wenn es auch wünschenswerth ist, für den gedachten Zweck, eine Batterie mit grossen Elementen zu besitzen, so bin ich doch überzeugt, dass auch kleine Apparate zum Ziele führen. Ein Versuch mit der Electricität ist bei diesen Geschwülsten um so mehr zu billigen, als man ja bei ihrer Behandlung mit der Zeit nicht gedrängt ist. Zudem ist es aber ein Hauptvortheil, dass die Behandlung eine ambulante sein kann, und der Schmerz gering ist. Auch ein nicht messerscheuer Kranker wird diese Vortheile gern wahrnehmen. Die Behandlungsdauer wird wesentlich herabgesetzt, wenn man die von mir anfangs begangenen Fehler vermeidet. Ich bin überzeugt, dass ich jetzt einen ganz gleichen Fall in zehn Tagen herstellen könnte.

Für die Fälle, wo Blutergüsse und viele gestielte Körper, Reiskörner etc. Complicationen bilden, dürfte die electrische Behandlung allerdings nicht ausreichen. Hier wird die Volkmann'sche Methode: Incision und Druckverband unter antiseptischer Behandlung am Platze sein. Doch wäre auch hier unter Umständen ein Versuch zu machen. Namentlich würde es von Vortheil für die Operation sein, wenn durch Resorption eines Theils der Flüssigkeit unter electrischer Beihülfe das Operationsgebiet verkleinert würde.

Mollow. Ueber das Anästhesiren nach der Methode von Cl. Bernard.

(Arbeiten aus dem pharmak. Laboratorium zu Moskau. Herausg. von **A. Sokolowski.** I. Moskau 1876. p. 20—50.)

Zur Abwendung der durch das Chloroform bedingten Gefahren ist es von ausserordentlicher Bedeutung, ein Mittel aufzufinden, welches, die Wirkung der Anästhesie erhöhend, das Chloroform in kleineren Dosen anzuwenden gestattet. Als solches wurde durch v. Nussbaum zuerst das Morphium empfohlen. v. Nussbaum injicirte nach eingetretener Narkose Morphium. Es gelingt so, die durch das Chloroform herbeigeführte Anästhesie zu verlängern. Indessen werden dadurch die gefährlichen Erscheinungen durchaus nicht beseitigt, sondern eher vermehrt. Cl. Bernard kam auf die Idee, den umgekehrten Weg zu gehen, d. h. dem Chloroformiren eine Morphiuminjection vorauszuschicken. In der That ergaben seine Versuche an Thieren sehr gute Resultate. Eine kurze Inhalation von Chloroform nach vorhergegangener Morphiuminjection bewirkte tiefe

Anästhesie ohne jegliche Störung der Herz- und der Athemthätigkeit. Bald wurde Bernard's Methode von Juibert, Labbé, Guyon auch am Menschen praktisch mit befriedigendem Erfolge versucht. Dessenungeachtet hat das Verfahren der »gemischten Anästhesie« wie man es kurz bezeichnen kann, noch nicht genug Anklang in der chirurgischen Praxis gewonnen. M. hat nun klinisch in einer grösseren Reihe von Fällen die gemischte Anästhesie zur Ausführung gebracht und in einer Anzahl von Beobachtungen von ihren Vortheilen sich zu überzeugen Gelegenheit gehabt. (Die einzelnen Beobachtungen selbst vergleiche man im Original.) Um zu einer Erklärung der gemischten Anästhesie zu gelangen, versucht M. eine theils kritische, theils experimentelle Sichtung der Chloroform- und Morphiumwirkung. Was er über das Chloroform vorbringt, ist nicht erschöpfend.

Aus den von M. angestellten Versuchen geht hervor, dass durch eine vorangehende Morphiuminjection die Gefahren des Chloroform in doppelter Weise verringert werden; einmal genügt zum Anästhesiren eine viel geringere Menge Chloroform, die an und für sich zu klein ist, um das Herznervensystem oder das Athemcentrum direct zu lähmen; zweitens erhöht Morphium, wie bekannt, in kleinen Gaben den Blutdruck infolge Reizung der excitomotorischen Herzganglien und Verengerung der peripheren Gefässe; das nach ihm eingeführte Chloroform kann diesen Ueberdruck nur beseitigen, ohne den Druck selbst zu stark unter die Norm abfallen zu lassen. Die Versuche zeigten ferner bei einer Chloroformwirkung eine rasche Erschlaffung der Vasomotoren nach reflectorischer Reizung, während sie nach Morphium noch lange reagiren. In Anbetracht einer solchen Wirkung der gemischten Anästhesie auf das Gefässsystem kann man wohl den Schluss ziehen, dass die Erscheinungen des Shock (Absinken des Druckes, der Temperatur u. s. f.), die beim Chloroformiren während einer Operation sich einstellen können, bei vorausgeschickter Morphiumeinführung selten vorkommen werden. — (Die gemischte Chloroformnarkose mit vorhergehender Morphiuminjection (0,015—0,03 Morphium) wird z. B. von Herrn Geheimrath Thiersch schon seit längerer Zeit mit sehr gutem Erfolge angewandt und zwar vorzugsweise bei Operationen am Kopfe, im Rachen etc. Es wird verhältnissmässig nur wenig Chloroform gebraucht. Derartige Patienten haben das Schmerzgefühl vollständig verloren, reagiren dagegen auf an sie gestellte Fragen und beherrschen die Schlingbewegungen, was für Operationen in der Mundhöhle und im Rachen von Wichtigkeit ist. Red.) **J. Munk** (Berlin).

B. Luchsinger. Neue Versuche zur Lehre von der Schweisssecretion, ein Beitrag zur Physiologie der Nervencentren.

(Pflüger's Archiv f. Physiol. Bd. XIV. Hft. 8 u. 9.)

Verf. zeigt auf experimentellem Wege die directe functionelle Abhängigkeit der Schweisssecretion von bestimmten nervösen Erregungen, und führt damit diesen dunkeln Vorgang auf jene einfachen

Verhältnisse zurück, wie solche seit den Arbeiten von Ludwig, Bernard, Heidenhain für die Erscheinungen an andern Drüsen — an den Speicheldrüsen — klar gelegt sind. Die Versuche waren an Katzen angestellt. Diese Thiere beginnen unter gewissen Bedingungen an den haarlosen Stellen ihrer Pfoten aufs deutlichste zu schwitzen. Hat man aber vorher einen n. ischiadicus durchschnitten, so tritt jetzt das Schwitzen nur an den 3 gesunden Pfoten ein, bleibt vollkommen aus auf der Seite mit durchschnittenem Nerven. Auch die Unterbindung der entsprechenden v. iliaca ändert daran Nichts.

Dagegen ist auf der operirten Seite immer noch Schweiss hervorzurufen durch directe Reizung des durchschnittenen Nerven und gelingt dieser Versuch sogar noch (in den ersten 15—20 Minuten) nach der Amputation des Beines. Dieses Schwitzen dauert so lange, wie die Nervenreizung anhält.

Damit sind Anschauungen, welche das Schwitzen als blossen Filtrationsvorgang betrachten, unhaltbar geworden.

Ebenso reicht die Vermuthung, das durch Nervenerregung ausgelöste Schwitzen sei eine blosse Excretion schon vorher gebildeten Schweisses, nicht zu befriedigender Erklärung aus. Das Schwitzen ist vielmehr eine echte Secretion, und ist diese Function der Schweissdrüsen direct gebunden an die Erregung bestimmter Secretionsnerven — der Schweissnerven.

Die Nervenfaser selbst besitzt keine Automatie; normaler Weise fliessen dieser die natürlichen Reize vielmehr von besondern centralen Apparaten, bestimmten Nervencentren, zu.

Verf. untersuchte den Ort dieser Schweisscentren, deren Erregungsweisen, sowie die Bahnen der Schweissfasern für die Hinterpfote. Durchschneidet man das Rückenmark in der Mitte des Brustmarks und versetzt dann die Thiere in schweisstreibende Bedingungen, so schwitzen sie an Vorder- und Hinterpfoten, es wird aber der Schweiss für immer an den Hinterpfoten sistirt, sowie man den hintern Rückenmarksabschnitt mit einem Dorn gänzlich zerstört hat. In diesem Abschnitt liegen also die Schweisscentren der Hinterpfote. Aber die Schweissnerven verlaufen nun nicht etwa, wie man a priori vermuthen könnte, in den gleichen Bahnen wie die Muskel- und Sinnesnerven der Pfote; sie stammen nicht aus dem plexus sacralis. Sie verlaufen vielmehr im Bauchstrang des Sympathicus, gesellen sich dem n. ischiadicus also erst später zu. Der Nachweis hierfür wird geliefert durch die Erfolge der Reizung, sowie der Durchschneidung. In den Bauchstrang des Sympathicus gelangen aber die Schweissfasern aus den vier ersten vorderen Wurzeln des Lendenmarks, sowie aus den zwei bis drei letzten Wurzeln des Brustmarks. Erst wenn alle diese Fasern durchschnitten sind, geräth die betreffende Pfote nicht mehr in Schweiss, während Reizung jeder einzelnen Faser recht wohl Schweiss hervorzurufen im Stande ist.

Die Erregungsweisen der Schweisscentren endlich sind keine anderen, als wie wir solche schon von den bereits besser untersuchten

Nervencentren her kennen. Nervöse Erregungen sowie Aenderungen der Blutmischung sind auch hier wirksam.

So rufen psychische Erregungen z. B. Angstschweisse hervor. Aber auch auf einfach reflectorischem Wege hat Verf. Schwitzen beobachtet. Absehend von seinen Thierversuchen sei nur einer Beobachtung erwähnt, die er am Menschen angestellt hat. Genuss von Pfeffer liess bei einem Collegen unmittelbar grosse Schweisstropfen auf Stirn und Nasenrücken erscheinen.

Von Aenderungen der Blutmischung hat Verf. Dyspnoe, Erhitzen der Thiere, Vergiftung mit Nicotin mit positivem Resultate untersucht. Um den Einfluss der Psyche, daraus resultirende Angstschweisse, auszuschliessen, sind obige Versuche durchgehends an Thieren angestellt, deren Schweisscentren vom Grosshirn getrennt waren. Durchschneidung des Rückenmarks, Exstirpation des Grosshirns, Abtödtung desselben mittelst Unterbindung der vier Halsarterien wurden als gut übersehbare Methoden angewandt. In früherer Zeit war man gern bereit, auch jene Reizerscheinungen, wie sie die Erstickung, Erhitzung etc. begleiten, ebenfalls als Reflexwirkungen zu betrachten. Die Hinterpfoten gerathen aber nach jenen Eingriffen auch noch in Schweiss, wenn sämmtliche hintere Wurzeln des hintern Markabschnitts vorher durchschnitten, die Schweisscentren von allen denkbaren sensibeln Eindrücken geschützt sind. Es sind also wenigstens die Schweisscentren direct reizbar durch venöses und überhitztes Blut.

In einem Anhange »Ausblicke in die Pathologie« sucht Verf. das reiche Material der einschlägigen Beobachtungen am Krankenbette nach seinen neuen Gesichtspuncten zu ordnen. Doch müssen wir des Näheren wegen auf das Original selbst verweisen.

Luchsinger (Zürich).

Neumann. Ueber subcutane Quecksilberbehandlung der Syphilis.

(Vortrag in der k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien am 27. Octbr. 1876.)

(Wiener med. Wochenschrift 1876. No. 46.)

Verf. hat vergleichende Versuche mit den verschiedenen, zu subcutanen Injectionen verwandten Quecksilberpräparaten gemacht und giebt den Bamberger'schen Albuminat- und Peptonpräparaten den Vorzug, weil sie den geringsten Schmerz und die schwächste Reaction bewirken. In symmetrisch gelegene Stellen des Thorax und Rückens wurden bei demselben Individuum Injectionen mit Bamberger's Lösungen und mit den damit zu vergleichenden Präparaten gemacht. Die erreichten Resultate sprachen deutlich zu Gunsten der Bamberger'schen Lösungen. An den oberen Extremitäten, in sclerosirtes Gewebe, oder mit trüber Flüssigkeit darf jedoch nicht injicirt werden, weil Schmerzen und selbst Gangrän dabei entstehen können.

v. Mosengeil (Bonn).

E. Bugnion. Das bösartige Katarrhalfieber des Rindes (brandige Kopfkrankheit) in Luzern und Oberaargau.

(Deutsche Zeitschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. Bd. III. p. 63—89.)

Nach des Verf.'s Untersuchungen ist genanntes Leiden eine dem Rindvieh eigenthümliche, specifische Infectionskrankheit, welche, abgesehen von den allgemeinen Fiebererscheinungen, durch die frühzeitig eintretende Augenentzündung und die Eingenommenheit des Sensorium sich zu erkennen giebt, im weiteren Verlauf ausgedehnte katarrhalische, croupöse und diphtherische Endzündungen der sämmtlichen Schleimhäute mit sich bringt und unter tieferem Ergriffenwerden des Nervensystems nach 5—12 Tagen in circa der Hälfte der Fälle letal endigt. Immer war die Epizootie an bestimmte Gehöfte und Ställe gebunden; eine Weiterverbreitung durch Ansteckung (Contagion) liess sich nicht sicher constatiren. Wahrscheinlich entsteht die Krankheit infolge von Durchtränkung des Stallbodens mit faulenden Thierexerementen und durch schlechte Ventilation der Ställe. Manche Beobachtungen sprechen dafür, dass dem Ausbruch der Krankheit eine 3—4 wöchentliche Incubation voraufgeht.

Von der Rinderpest, mit welcher sie am meisten Aehnlichkeit hat, unterscheidet sich die Kopfkrankheit durch ihre geringe Contagiosität, ihre längere Incubationsdauer, ihre Beschränkung auf den infectiösen Stall und durch die fast nie fehlende Keratitis und Iritis. Von gewöhnlicher Diphtheritis ist sie grundverschieden. Am nächsten scheint sie noch dem menschlichen Abdominaltyphus zu stehen; wenigstens theilt sie mit diesem die geringe Contagiosität, die Incubationsdauer, die ausgesprochene Depression des Sensoriums, die Schwellung der Peyer'schen Darmfollikel und die Verschwärung der Darmschleimhaut. **A. Hiller** (Berlin).

Ashhurst. Cases of compound fracture of the skull, occuring in children; with remarks.

(Read before the pathol. Soc. of Philadelphia 1876. Octbr. 26.)

(Philadelphia med. Times 1876. December 23. No. 237. p. 123.)

Fall 1. Einem 8jährigen Mädchen fiel von einem Gebäude herab ein Ziegelstein auf den Kopf (Stirnbeingegend). Bald traten Convulsionen, Erbrechen und die übrigen Symptome der Hirnerschütterung hinzu. Auf dem Stirnbein eine längsverlaufende Quetschwunde, in deren Grunde eine unregelmässige Fractur des Stirnbeins mit Depression der Fragmente. Letztere wurden mittelst Elevatorium und Zange leicht entfernt. Hirnhäute unverletzt, die Pulsationen des Gehirns deutlich. Schluss der Wunde mit Metallligaturen. Eisblase auf den Kopf. Innerlich Calomel und pulvis Doweri; restringirte Diät. Die Blase musste mittelst des Katheters entleert werden. Verlauf sehr günstig. Volle Heilung nach $2^1/_2$ Wochen.

Fall 2. Ein Junge von 7 Jahren bekam einen heftigen Schlag mit einer Schaufel gegen die Stirn; es entstand eine sternförmige Wunde am rechten Stirnbein, mit Fractur des Knochens; die Fragmente eingekeilt, sehr geringer Grad von Depression. Hirnsymptome fehlten gänzlich. Die Wunde wurde mit Heftpflaster zugezogen und Eis auf den Kopf applicirt. 15 Tage später, nach Weglassen des Eisbeutels traten Erbrechen und an demselben Abend plötzlich heftige Convulsionen in der linken Körperhälfte, verbunden mit Bewusstlosigkeit, Zähneknirschen und Schaumbildung vor dem Munde, auf. Sofortige Trepanation, wobei etwas Eiter der Trepankrone entlang zum Vorschein kam und Entfernung der deprimirten Knochenstücke. Die Hirnhäute erwiesen sich unverletzt. Die Convulsionen hörten auf; doch folgte nach 7 Tagen von Neuem Erbrechen, heftige Kopfschmerzen, rapide Abmagerung, soporöse Zustände und lautes Aufschreien. Einige Tage später wich die hervorgestreckte Zunge nach links ab. Am folgenden Tag Facialislähmung und 1 Tag später linksseitige Hemiplegie. Pat. ging comatös zu Grunde. Im vorderen Lappen der rechten Grosshirnhemisphäre fand sich ein grosser Abscess, von der Fractur durch eine $^1/_2$ Zoll dicke Schicht gesunder Substanz getrennt. Ventrikelinhalt wenig vermehrt. Leichte Meningitis nur links und in sehr geringem Grade vorhanden.

In den Bemerkungen zu beiden Fällen betont A., dass bei Fracturen ähnlicher Art die Läsionen des Hirnes in den Fällen stärker sind, wo trotz grosser Gewalteinwirkung die Fractur nur gering und unvollständig ist (Fall 2). Je resistenter die Schädelknochen, um so intensiver pflanzt sich die Erschütterung auf das Hirn fort. Die Entwicklung des Hirnabscesses in der 3. Woche führt A. direct auf die bei der Verletzung stattgefundene Läsion des Hirns par contrecoup zurück, obwohl sich in der ganzen Zeit vorher nicht die geringsten Hirnsymptome gezeigt hatten.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

F. Gentzen. Beobachtungen am weichen Gaumen nach Entfernung einer Geschwulst in der Augenhöhle.

Inaug.-Diss. Königsberg 1876.

Neun Jahre nach Herausnahme einer grösseren Geschwulst sammt Bulbus aus der rechten Augenhöhle, kam die jetzt 50jährige Pat. in die Königsberger chir. Klinik mit einem Recidiv, welches die bedeutend erweiterte Orbita ausfüllte und dieselbe noch um 4 Ctm. nach aussen überragte. Die Exstirpation der Geschwulst sammt der erkrankten Umgebung lieferte schliesslich eine grosse Höhle, welche die rechte Choane vollkommen für das Auge frei legte, so dass man direct die hintere obere Rachenwand, von der Basis cranii bis zur Höhe des schräg nach unten herabhängenden Gaumensegels überblicken konnte. Verf. benutzte die Gelegenheit, um sich über die verschiedenen Stellungen und Bewegungen zu orientiren, welche der

weiche Gaumen beim Sprechen, beim Schlucken und beim Athmen ausführt. Die Beobachtungen geschahen anfänglich direct mit dem Auge. Später construirte Verf. einen doppelarmigen ungleichseitigen Hebel aus Aluminiumdrath, dessen kürzerer und etwas schwererer Arm an seinem Ende ein Silberplättchen trug, welches auf der Mitte der oberen Fläche des Gaumensegels aufruhte. Der Drehpunct befand sich am Ende eines horizontal in die Augenhöhle nach hinten ragenden Messingstabes und lag etwas vor der Mitte der rechten Choane. Der lange Hebelarm diente als Zeiger, dessen auf- und absteigende Bewegungen zunächst an einem entsprechend angebrachten Kreisbogen abgelesen, sodann aber auf der berussten Platte eines Marey'schen Sphygmographen direct aufgeschrieben wurden. In dankenswerther Weise sind die derart gewonnenen Curven der sorgfältig verfassten Arbeit beigefügt.

Ueber die Functionen des weichen Gaumens bei der Lautbildung kommt G. zu folgenden Schlüssen: »Nicht nur die Stellung der Kiefer zu einander, die Oeffnung der Lippen, die Lage und Gestalt der Zunge, sondern auch die verschieden hohe Erhebung des weichen Gaumens ist von Einfluss auf die Bildung der Vocale. Die Höhe oder Tiefe des Tons bedingt durchaus keine Verschiedenheit in der Erhebung, ebenso wenig die Stärke der Stimme. Bei der Consonantenbildung ist der weiche Gaumen nur in so weit betheiligt, als er sich bei allen, mit Ausnahme von h, m, n, gleichmässig hoch erhebt und einen Abschluss zwischen Mund- und Nasenhöhle herstellt.«

v. Lesser (Berlin).

W. Busch. Ueber den Mechanismus, welcher am häufigsten bei alten Leuten die Urinentleerung behindert (mit Tafel).

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 3. p. 461.)

(Vortrag, gehalten im V. Chirurgen-Congress 1876. April.)

Bei der allgemeinen Hypertrophie der Prostatadrüse betrifft die Vergrösserung besonders den vom Caput gallinaginis aufwärts gelegenen Theil der Drüse, so dass die Geschwulst in der Richtung nach der Blase zu sich hauptsächlich entwickelt. Dadurch schiebt sich die Prostata unter die Blasenschleimhaut und hebt den zunächst gelegenen Theil des Trigonum mit in die Höhe. Es ragt daher manchmal das orificium internum als die Spitze eines Kegels, auf dem selbst die Ureterenmündungen liegen können, frei in die Blase und in Folge dessen befinden sich auf der hinteren und auf der vorderen Seite der Prostata tiefe Ausbuchtungen der Blase. Dieses Verhältniss beeinflusst insofern die Wirkung des hydrostatischen Druckes des Urins, als nun eine Behinderung des Urinabflusses bis zur vollständigen Retention stattfinden kann. Denn um so freier der hypertrophische Theil der Prostata in die Blase hineinragt, um so leichter wird durch den Druck des Urins die hintere Prostatahälfte so eng an die vordere Portion getrieben, dass gar kein Urin mehr

durch den Canal abfliessen kann. Diesen Zustand fand B. bei einem (durch eine Abbildung wiedergegebenen) Präparate, wo man deutlich im frischen Erfrierungspräparate erkennen konnte, wie der Druck des angesammelten Urins die Harnröhre verschlossen hatte. Der Durchschnitt zeigte einen scheinbar ganz homogenen, von keinem Canale durchsetzten Prostatakörper. Der Verschluss reicht mithin in solchen Fällen vom Orificium mehr oder weniger weit in die pars prostatica urethrae hinein; denn der Druck pflanzt sich in dem festen derben Prostatagewebe von allen Seiten, besonders von der hinteren tiefsten Ausbuchtung aus, in der Richtung nach dem Lumen der Harnröhre fort und presst deren Wände aufeinander. — Dieser Auffassung entsprechen einige praktische Thatsachen, z. B. die Möglichkeit (bei vorhandener Prostatahypertrophie) nur bei starkem Vornüberbeugen den Urin zu entleeren u. s. f.

Es giebt allerdings auch Fälle, bei denen die alte Anschauung der Klappenwirkung gerechtfertigt ist, in welchen ein frei in die Blasenhöhle entwickelter Prostatatheil das Orificium internum wie eine Klappe schliesst. Doch ist dieses nur selten der Fall. Häufiger ist dagegen obiges Verhältniss Ursache der senilen Dysurie.

Zu bemerken ist noch, dass selbst bei nicht vergrösserter Prostata, bei nur stark entwickelter Muskulatur der Blase eine tiefe Ausbuchtung der letzteren hinter der Prostata ebenfalls das Aneinanderpressen der Wände der pars prostat. urethrae begünstigen kann.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Kalning. Zur Casuistik und Kenntniss der Dermoidcysten des Hodens.

Inaug.-Diss. Dorpat 1876. 39 S. 1 lithogr. Tafel.

Zunächst stellt Verf. aus der Litteratur 14 Fälle von Dermoiden des Hodens zusammen und bespricht dann genau einen von Bergmann neuerdings beobachteten und operirten Fall. Er betraf einen 20jährigen Bauern, welcher schon seit den Kinderjahren eine kleine Geschwulst am linken Hoden bemerkt hatte. Dieselbe war seit der Pubertätsentwickelung bis zu Kindskopfgrösse herangewachsen. Die Diagnose wurde durch eine Probepunction bestätigt, welche circa 6 Unzen (180 Grm.) einer rahmähnlichen, mit Haaren gemischten Flüssigkeit entleerte. Durch zufällige Umstände trat Entzündung hinzu und wurde darauf in diesem Zustande die Exstirpation von Geschwulst und Hoden, dessen Sitz nicht genau zu bestimmen war, unter Lister'schen Cautelen vorgenommen. Die Heilung der Wunde erfolgte schnell und ohne Fieber. Nachdem die Cyste zuerst in $1/2$ % Chromsäurelösung und dann in Alkohol gehärtet war, wurde sie untersucht. Sie sass zwischen der Albuginea und der Tunica vaginalis visceralis des Hodens und hatte einen sehr dicken Balg, an dessen medialer Fläche sich der veränderte Hoden befand. Der letztere war nämlich sehr klein und bestand aus lauter

kleinen Hohlräumen, von welchen Verf. aber annimmt, dass sie nicht aus den Samencanälchen hervorgegangen seien. Die Höhle der Geschwulst war durch einen querverlaufenden Strang in eine obere und untere Abtheilung getrennt. Auf diesem fanden sich zahlreiche Zotten und Haare; die Zotten erwiesen sich als lange Cutispapillen, welche im Uebrigen auf der Höhlenauskleidung fehlten; die letztere bestand aus einem einfachen Epidermislager, welches eine Art Cutisgewebe mit vielen Talgdrüsen und Haarbälgen überzog. In der zum grössten Theile aus Bindegewebe bestehenden Balgwand fanden sich zahlreiche eingesprengte Herde von hyalinem Knorpel und einige Knochenstücke, welche von Periost überzogen waren. An der medialen Wand dieser grossen Cyste fanden sich noch 3 kleine Cysten. Der durch die Punction gewonnene Inhalt der grossen Cyste wurde, nachdem er lange aufbewahrt worden war und bereits durch Verdunsten wohl die Hälfte seines Wassergehaltes verloren hatte, untersucht; er bestand aus Fettzellen, freiem Fett, Epithelien und zahlreichen Cholestearintafeln. Die chemische Analyse ergab auf 100 Theile des Cysteninhaltes im Mittel: 1,12 Eiweisskörper (Haare, Epidermiszellen etc.), 0,91 unbestimmte Verbindungen, 48,77 Wasser, 46,80 Fette, 2,64 Cholestearin.

Im Gegensatz zum Atheromcysteninhalt finden sich also viel Fette und wenig Eiweisskörper. Endlich kommt Verf. nach eingehender Besprechung dieses und früher beobachteter Fälle zu dem Schlusse, dass noch kein Fall existire, in dem wirklich nachgewiesen sei, dass die Bildung der Dermoidcysten des Hodens auf einer »Inclusio foetalis« beruhe. Ueberhaupt sei die Genese dieser Cysten noch unklar. **A. Bidder** (Mannheim).

M. Roth. Ueber Entstehung der Spermatocele.

(Virch. Arch. Bd. LXVIII. p. 101.)

R. legt den Schwerpunct für die Entwickelung von Spermatocelen in die eigenthümliche anatomische Anordnung des Nebenhodens. Einestheils handelt es sich um Erweiterungen mitten im Verlauf der samenableitenden Canäle, Continuitätscysten. Die vasa efferentia, die dem Hoden näher liegen, sind nämlich weiter, als die in den canalis epididymidis einmündenden, starkgewundenen coni vasculosi. Dadurch wird der Abfluss des Samens in den Nebenhodencanal erschwert. Ebenso giebt der stark gewundene Verlauf des Nebenhodencanals zuweilen zu Störungen im Abfluss Anlass. Aber die Cysten dieser Art sind nur klein uud praktisch unwichtig. Die meisten, vor allem die grösseren Formen der Spermatocele sind aus den vasa aberrantia, den Wolff'schen Blinddärmchen hervorgegangen, stehen also nur an einem Ende mit den samenleitenden Wegen in Verbindung (Terminal- oder Endcysten).

Zwei Beobachtungen des Verf. unterstützen die von Uhde und Luschka zuerst vertretene Ansicht über ihre Entstehung. Verf.

glaubt den von Steudener mitgetheilten Fall von Samencyste, ausgehend vom rete testis, einen gleichen von Rosenbach und einen von ihm selbst beobachteten Fall gleichfalls als cystische Erweiterung eines am rete testis vorkommenden vas aberrans deuten zu können. Man findet nämlich zuweilen ein oder zwei vom rete testis ausgehende Blindschläuche, deren Weite, Verlauf und Epithel im Wesentlichen mit denen der vasa efferentia übereinstimmt. Sie sind auf eine anomale Umwandlung von Blinddärmchen des Wolff'schen Körpers zurückzuführen. Das Verhältniss der Spermatocele zur Tunica vaginalis propria testis hängt in erster Linie ab von dem Sitze des vas aberrans, in zweiter Linie von der Grösse der daraus sich entwickelnden Cyste. Primär intravaginal liegt die Samencyste, wenn das vas aberrans in den Sack der Scheidenhaut prominirt (Luschka'sche Spermatocele, welche sich in der Morgagni'schen Hydatide entwickelt). Erst bei weiterem Wachsthum werden solche Cysten, welche aus einem von der Tunica vaginalis propria überzogenen vas aberrans sich entwickeln (die grösseren Spermatocelen des Nebenhodenkopfes) zu extravaginalen Samencysten, d. h. zu solchen, welche wie eine Hydrocele funicul. spermat. dem Samenstrang folgen. Sie entstehen aus vasa aberrantia des medialen Umfanges des Körpers und Schweifes des Nebenhodens und am rete Malpighi. **Madelung** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Bamberger. Ueber Peptonquecksilber und über Fleischpepton.

(Wiener med. Wochenschrift 1786. No. 44.)

Verf. knüpft an seine frühere Empfehlung an, bei specifischen Krankheiten lösliches Quecksilberalbuminat subcutan zu injiciren, was sich sehr bewährte. Ein Uebelstand liegt jedoch darin, dass das Praeparat schwer rein zu bereiten ist und sich nur kurze Zeit hält. Deshalb versuchte B. statt des Albumins Pepton zu nehmen, und es fand sich, dass das leicht darzustellende Quecksilberpepton (cf. das Original) durchaus gute Resultate gab, und bei der Anwendung örtlich von allen Mitteln die geringste Reaction veranlasste. **v. Mosengeil** (Bonn).

W. G. Smith. New tests for bile pigment.

(Med. soc. of the college of physicans of Ireland.)

(Brit. med. Journal 1876. Vol. 2. p. 768.)

Verf. führt aus, dass die Gallenfarbstoff-Reaction durch Salpetersäure nicht absolut sicher sei und man leicht zugänglicher Reagentien für diese Probe bedürfe. Die Reaction beruhe nur darauf, dass das Bilirubin zu Biliverdin oxydirt werde; dieses werde, wie durch manche andere Zusätze, sehr leicht durch Jodtinctur erreicht; diese sei daher für obige Reaction besonders empfehlenswerth.

Pilz (Stettin).

Verneuil. De la tuberculisation d'origine traumatique.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie. Première année. 1877. No. 1.)

V. vertheidigt lebhaft die Frage des Zusammenhanges von Traumen und constitutionellen Erkrankungen und theilt zum Beleg eine Krankengeschichte mit.

Der 28jährige Pat., der bis zu seinem 10. Jahre an Scrophulose gelitten, dann aber sich kräftig entwickelt hatte, erlitt im Jahre 1875 eine Schussverletzung des Scrotums ohne Verletzung der Hoden. Als die Wunde fast verheilt war, wurde sie

von Hospitalbrand ergriffen, ausserdem erkrankte Pat. an Dysenterie und wurde von Noth und Entbehrung hart mitgenommen. Als Folge der Schussverletzung behielt der Kranke eine leichte Induration beider Nebenhoden und entwickelte sich bis Ende 1876 Tuberkulose der Lunge und des Genitalapparates. V. glaubt an einen Zusammenhang zwischen der Verletzung des Scrotums, der Verhärtung der Nebenhoden mit nachfolgender Tuberkulose des Genitalapparates. —

Kölliker (Würzburg).

Ellinger. Sandabreibungen bei Hautkrankheiten.

(Wien. med. Wochenschrift 1876. No. 45.)

E. hat mit gutem Erfolge gegen Commedonen und Acne Abreibungen mit weissem Sande angewandt. Erfolg trat nach 10—12 Tagen ein. Ferner wandte er das Mittel an, bei Sommersprossen und Pityriasis versicolor, bei Acne rosacea, Eczem, Psoriasis syphilitica palmaris, Lichen albus und Prurigo. Die Korngrösse des Sandes muss die eines halben bis ganzen Mohnkornes sein. Verf. verwendet öfter einen Brei aus Sand, kohlensaurem Kali und Wasser, und empfiehlt dessen Anwendung (vielleicht mit nachfolgender Application von Medicamenten) auch bei anderen Hautkrankheiten (Seborhoea tabescentium, Favus etc.).

v. Mosengeil (Bonn).

Hulke. Casuistik.

(Med. tim. and gaz. 1876. Octbr. 21. p. 461.)

Von den aus dem Middlesex-Hospital beschriebenen Fällen haben ein grösseres Interesse:

1. Traumatische Luxation des linken Fusses nach hinten bei einem 33jährigen Manne. Der Talus hatte seine normalen Beziehungen zu den Malleolen behalten, und war die Verschiebung im hinteren Fussgelenke eingetreten. Die Reposition des plantarflectirten Fusses gelang leicht durch Extension und directe Coaptation. Vollständige Heilung erfolgte.

2. Luxation der Tibia nach innen, bei einem 40jährigen Manne durch Fall entstanden. Das Knie stand in extendirter Stellung fest. Die innere Abtheilung der Tibiagelenkfläche konnte deutlich abgetastet werden. Durch Zug und directen Druck gelang die Reposition leicht. Entlassung des Pat. aus dem Hospitale war schon nach 3 Wochen möglich.

Die folgenden Fälle betreffen: eine schwere Verletzung der Oberextremitäten mit gleichzeitiger Zerreissung der Quadricepssehne, eine Fractur des Fersenbeins, eine Luxation der Clavicula nach vorn, einen harten Schanker an der Lippe einer Jungfrau, sowie syphilitische Ulcerationen an den Augenlidern.

Ranke (Halle).

van Diest. Fracture de la base du crane par un tuyau de pipe.

(Archives médicales belges 1876. Novembre.)

Ein Soldat hatte im Streit seinem Cameraden ein Pfeifenrohr in das Gesicht gestossen. Der Mann verfiel darauf in Coma, Convulsionen und starb nach 5 Stunden, ohne dass im Gesicht erhebliche Verletzungen nachweisbar gewesen waren. — Bei der Section fand man am oberen Dache der linken Orbita eine complicirte Schädelfractur von 15 resp. 6 Mm. Ausdehnung, mit Impression eines Fragments und nicht unbeträchtlicher Quetschung der anliegenden Hirnmasse. Die Eingangsöffnung für diese Schädelverletzung fand sich in der Conjunctiva des linken Auges, welche an 2 Stellen eingerissen war. **Arn. Hiller** (Berlin).

Jelenffy. Stimme ohne Stimmbänder.

(Wiener med. Wochenschrift 1876. No. 46 u. 47.)

Verf. hat bei einer völlig stimmlosen Patientin, bei welcher die wahren Stimmbänder vernichtet waren, höchst interessante Resultate erzielt. Der Schildknorpel war unbiegsam, und die Unmöglichkeit, seinen Winkel zu verkleinern, einer in diesem sitzenden Narbenmasse zuzuschreiben. Diese zerstörte Verf. galvanokaustisch in sagittaler Richtung brennend. Patientin musste später die Schildknorpelplatten gegeneinander drücken, um die Verengbarkeit des Winkels wieder herzu-

stellen. Dabei wurde während des Zusammendrückens Husten, Drängen und Sprechen geübt. Die Muskulatur wurde durch Electricität gestärkt. Der Erfolg war sehr gut, der Kehlkopf liess sich bei Husten und Drängen wieder völlig verschliessen und die Stimme kam wieder. Eine den Hals umgebende Feder drückt mit zwei Pelotten seitlich die Schildknorpel zusammen und unterstützt die Schlussmuskulatur. Das interessante Factum ist auf jeden Fall der Beachtung, resp. zur Nachahmung des Verfahrens zu empfehlen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Schönbrod. Fünf Fälle von Thoracocentese.

(Aerztl. Intell.-Blatt 1876. No. 47. p. 483.)

Verf. empfiehlt die Punction, beziehungsweise Incision, bei pleuritischen Exsudaten, da er in 5 Fällen gute Resultate dadurch erzielt hat. Die Thoracocentese erweise sich in vielen Fällen lebensrettend, fast immer kürze sie aber die Krankheitsdauer ab. Für Empyeme giebt er der Incision mit Drainage den Vorzug vor der Punction. Er hat stets frühzeitig operirt, soweit die angegebenen Daten darüber aussagen. Leider fehlen manche genauere Angaben, z. B. über die Verkleinerung des Exsudatraumes, über die Thoraxformveränderung etc.

Mögling (Tübingen).

Ricochon. Plaie pénétrante de l'abdomen. Hernie des intestins. Guérison.

(Gaz. hebdom. 1876. No. 46).

Ein 14jähriger Knabe sprang von einer Höhe von 5 Metern auf den Boden und fiel mit der linken Seite auf einen unregelmässig abgebrochenen Baumstrunk auf, der etwa 7 Ctm. im Durchmesser und 0,80 Ctm. Höhe (?) hatte. Er wurde im buchstäblichen Sinne aufgespiest, konnte sich aber selbst losmachen und aufstehen. Dabei fühlte er etwas Warmes über seine Weiche hinabgleiten und erkannte einen Prolaps seiner Därme, den er mit Mühe mittelst beider Hände zurückhielt. Vier Stunden später sah ihn der Verf. und fand unter dem linken Rippenbogen vorgefallen den Blindsack des Magens, einen Theil des Netzes und das Colon transversum, alles mit Blut, mit Holzsplittern und Moos verunreinigt. Ganz nach rechts, zwischen der 8. und 9. Rippe, etwa in der Axillarlinie, bestand eine zweite Wunde (die Austrittsöffnung), von rundlicher Form, 0,03 Ctm. im Durchmesser haltend, durch welche der Finger die Leber erreichen konnte. Der Knabe hatte gebrochen und viel Blut aus der Eintrittsöffnung verloren. Reinigung und Reposition der Eingeweide und Nath an beiden Oeffnungen der penetrirenden Bauchwunde. Keine Peritonitis, Wunderysipel am 5. Tage mit Eröffnung der bereits verklebten Wunden und diphtheritischer Belag. Am 40. Tage ist die Genesung vollendet, keine Folgen des Unfalles wahrnehmbar. Der Verf. glaubt, dass der kurze Baumstumpf (0,80 Ctm. ist wohl ein Druckfehler? Ref.) die Bauchwand zuerst handschuhfingerartig eingestülpt, alle Eingeweide vor sich her verdrängt und erst nachdem auf der rechten Seite der Widerstand der Rippen gegeben war, die Bauchdecken der linken und der rechten Seite zugleich durchstossen habe, durch welchen Mechanismus die Entfernung der beiden Wundöffnungen von einander (etwa 25 Ctm.) und die Integrität der Baucheingeweide selbst zu erklären sei.

Winiwarter (Wien).

Holzäpfel. Punctio abdominis wegen hydrops peritonei wahrscheinlich in Folge chronischer Metro-Peritonitis.

(Zeitschrift für Wundärzte und Geburtshelfer 1876. Hft. 2.)

Eine Frau von 67 Jahren, Mutter zweier Kinder, wurde in $1^3/_4$ Jahren 4 mal punctirt, und dabei wurden nach der Reihe 67, 85, 96, 100 Schoppen meist trüber klebriger Flüssigkeit entleert. Nur einmal musste die Pat. 8 Tage lang das Bett hüten, meist ist sie nach etlichen Tagen wieder an die Arbeit gegangen. Dass nach den in $1^1/_2$—2 Stunden vollendeten Entleerungen die Bauchdecken schlaff bis an die Kniee herabhingen, ohne Ersatz des aufgehobenen Flüssigkeitsdrucks, brachte keinen Schaden. **Mögling** (Tübingen).

C. Richards. Ovariotomy in a patient 65 years of age, recovery.

(Chicago med. Journal 1876. p. 771.)

Die 65jährige Pat. entdeckte zuerst 1872 einen Tumor von der Grösse einer kleinen Orange in der linken Inguinalregion. 1874 1. Punction, Entleerung von 34 Pfund Flüssigkeit. Bis zum März 1876 wurde die Punction noch 5 mal wiederholt. Nach der letzten Punction schneller Verfall der Kräfte. Operation am 6. April 1876 in Aethernarkose. 3 Zoll lange Incision in der Linea alba, Lösung der Adhäsionen bis auf eine in der rechten Leistengegend leicht. Nach Erweiterung des äusseren Schnittes auf 9 Zoll Länge wurden die grösseren Cysten des multiloculären Tumor punctirt, hierauf folgte die Entwicklung des Tumor. Der Stiel, von mittlerer Länge, wurde unterbunden, unterhalb der Ligatur die Klammer angelegt. Die Hautwunde wurde mit tiefen, durch das Peritoneum greifenden Silbersuturen geschlossen. Verlauf mit geringem Fieber, mässigen peritonitischen Erscheinungen. Abfall des Stieles am 16. April. Vollständige Heilung.

Ranke (Halle).

G. Edlefsen. Zur Behandlung des Blasenkatarrhs.

(Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. XIX. Hft. 1. p. 82.)

Verf. empfiehlt für die innerliche Behandlung des Blasenkatarrhs das Kali chloricum, welches in Fällen, in denen das Terpentinöl contraindicirt erscheint, dieses zu ersetzen vermag. Die Einführung von Wasser oder medicamentösen Flüssigkeiten durch die Urethra in die Blase, hält er wegen der Einführung des Fremdkörpers (Katheters) für nicht ganz unschädlich. Verf. sah vom Kal. chlor. sehr gute Resultate und verordnet gewöhnlich für Erwachsene 5% Lösung, dreistündlich 1 Esslöffel. Der Erfolg ist aber kein durchgreifender, auch tritt die saure Reaction des Harns nicht so schnell ein, wie in der Regel nach Ol. terebinth.

Sonnenburg (Strassburg i/E).

Letulle. Lymphadénome du testicule.

(Bulletin de la société anatomique de Paris 1876. p. 149.)

Ein 57jähriger Mann hatte seit den 20er Jahren eine linksseitige Hodengeschwulst, die er für einen Bruch ansah; dieselbe wuchs seit 8 Jahren bemerkbar, seit $^1/_2$ Jahre ausserordentlich stark; jetzt ist dieselbe, unter der Scrotalhaut beweglich, 13—14 Ctm. lang und 8 Ctm. breit; die Haut ist von starken Venen durchzogen, man fühlt das obere Ende leicht höckerig, das untere Ende stellt einen abgerundeten grossen Höcker dar. Die Consistenz ist am oberen Ende fest, am unteren fluctuirend, in der Mitte elastisch; der hintere Umfang der Geschwulst ist hart und unregelmässig; der untere Abschnitt ist durchscheinend. Die Punction entleert 40 Grm. gelblicher Flüssigkeit. Während des Spitalaufenthalts wird der rechte Hode schmerzhaft und beginnt sich zu vergrössern; Castration links. Die mikroskopische Untersuchung erkennt ein Lymphadenom; an fast allen Stellen trifft man auf adenoides Gewebe. Seit der Operation schwillt der rechte Testikel mehr und mehr an und es entstehen mehrfach Tumoren in der Haut. Verf. hat schon mehrere Tumoren dieser Art am Hoden beobachtet, ohne sonst darüber etwas erfahren zu haben; er meint, dass man mit Unrecht sie vielleicht als kleinzellige Sarcome aufgefasst habe.

Pilz (Stettin).

Dupont. Section de doigts, cicatrisation des parties divisées.

(Archives médicales belges 1876. Novembre.)

2 Fälle von Fingerverletzung, in welchen der Daumen resp. der Zeigefinger der rechten Hand durch schneidende Instrumente (Säbel und Messer) bis auf eine schmale Hautbrücke an der Volarseite abgetrennt war. Vereinigung durch Naht, Contentivverband; Heilung im ersteren Falle in 4, im zweiten in 10 Wochen.

A. Hiller (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. **Sonnabend, den 10. März.** **1877.**

Ueber metallne Entspannungsnähte.

Von

Dr. **Arthur Menzel**,

Primarchirurg in Triest.

Damit zwei vernähte Wundränder per primam heilen können, müssen sie sich zwanglos aneinander legen lassen und womöglich auch ohne Nähte im Contacte verharren; die Nähte sollen nur die genaue Aneinanderfügung der Wundränder besorgen. Wo irgendwie eine stärkere Spannung eintreten würde, ist es besser, Entspannungsnähte anzulegen.

Wenn man eine einigermassen entwickelte weibliche Brustdrüse wegen Krebs amputirt und die bedeckende Haut nicht erhalten kann oder nicht erhalten will, so entsteht eine ganz beträchtliche Wunde von Handgrösse und darüber. Wird diese offen behandelt, in specie werden keine Nähte angelegt, so erfordert diese Wunde wohl mindestens zwei Monate zu ihrer Heilung. Versucht man aber Nähte anzulegen, so sieht man schon bei Annäherung der Wundränder auf

einige Ctm. die Spannung eine so colossale werden, dass man lieber von der Naht ganz absehen möchte. Diese Spannung der Wundränder selbst vermeidet man am besten durch die metallnen Entspannungsnähte. Ich erfuhr zunächst durch Herrn Dr. Escher, als er eben von einer Reise in England zurückkehrte, dass Lister eine derartige Entspannungsnaht nach Mammaamputation anwende, finde in den vielerlei Berichten über Lister's Wundbehandlung diese Nähte aber fast gar nicht erwähnt. Man benutzt dazu mässig starken Silberdraht und elliptische durchbohrte Bleiplättchen von verschiedener Grösse, welche eben wie bleierne Finger die Wundränder aneinanderhalten sollen. Der Draht wird 2—4 Ctm. weit von den Wundlefzen ein- und ausgestochen. Ueber die freien Enden des Drahtes werden die Bleiplättchen geführt, darauf die Wundränder einander durch scharfe Haken genähert und in der genäherten Lage erhalten dadurch, dass man das freie Ende des Drahtes um die Bleiplättchen ein bis zweimal schlingt. Statt dieses Umschlingens des Drahtes, welches ziemlich mühsam ist, wenn man eine sehr grosse Spannung zu überwinden hat, führe ich jederseits drei Bleiperlen zur Platte, und fixire sie, indem ich je eine oder zwei der Perlen mit dem Nadelhalter an den Draht festquetsche.

Ich fing damit an, diese Entspannungsnäthe bei Amputatio mammae anzuwenden. In der Regel genügen zwei, in keinem Falle sind mehr als drei Nähte nöthig. Bei den grössten Brustwunden von über Handgrösse liessen sich dadurch die Ränder so sehr nähern, dass sich die feinen Catgutnähte mit Leichtigkeit in ganzer oder fast ganzer Ausdehnung anlegen liessen. Da die Entspannungsbleiplatten mit sehr grosser Kraft, zuweilen mit aller Kraft aneinandergezogen waren, so war ich anfangs für den schliesslichen Erfolg besorgt. Ich dachte mir, die Kranke werde uns wohl bald durch Klagen über Schmerz dazu zwingen, diese Naht zu entfernen. Dem war aber nicht so. Wir konnten sie fast in allen Fällen 8—14 Tage ruhig liegen lassen und nach Wegnahme derselben entweder eine vollkommene oder wenigstens eine partielle Heilung der Wunde constatiren. Bei längerem Liegenlassen tritt in der Regel ein Decubitus der Haut unter der Bleiplatte auf, welcher aber keine weitere Bedeutung hat.

Mein Urtheil über diese Nähte bei der totalen Mammaamputation mit grosser Wundfläche würde ich so zusammenfassen: in manchen Fällen wird es durch dieselbe möglich, eine vollkommene prima intentio zu erzielen; in den meisten Fällen erreicht man nur eine theilweise prima intentio; doch selbst im schlimmsten Falle, wenn die ganze Naht wieder zum Klaffen käme, erreicht die Wunde schon nach wenig Tagen nicht wieder ihre ursprünglichen riesigen Dimensionen, sie bleibt viel kleiner, so dass man auch im schlimmsten Falle immerhin etwas gewonnen hat.

Ich verwende seither diese Naht auch bei anderen Operationen recht häufig. So habe ich sie mit ausgezeichnetem Erfolg bei einem starken unbändigen Knaben nach Operation der Hasenscharte ange-

legt, und war nach Anlegung derselben viel ruhiger, als ich es sonst nach dieser Operation bin, wenn Pflaster- oder Collodium- oder gar keine Verbände angelegt wurden. Bei einer Kniegelenksresection, bei welcher ich wegen starker Schmerzen eine ziemlich energische Gewichtsextension anwenden musste, war ein vollkommenes Klaffen des Hautlappens eingetreten, so dass man die abgesägten Enden frei sehen konnte. Ich wandte die Entspannungsnaht in diesem Falle als Secundärnaht mit dem besten Erfolge an. Vielleicht dürfte diese Naht bei der Knieresection geradezu von vornherein indicirt sein, wenn man die Absicht hat, das resecirte Knie mit Gewichtsextension zu behandeln; denn durch sie kann man am besten erreichen, dass die Gewichte, wie bezweckt, wohl auf die resecirten Enden, aber nicht auf die genähte Haut wirken. Das Meiste hat mir die Naht bei einer plastischen Operation im Gesicht geleistet, ich muss vielmehr sagen, sie hat mir eine schwierige plastische Operation geradezu erspart.

Bei einem Manne, bei welchem ich schon vor Monaten ein Stück des Oberkiefers wegen eines Sarcoms resecirt hatte, musste ich wegen Recidiv in den Weichtheilen mindestens $^3/_4$ der Oberlippe und einen ziemlichen Theil der linken Wangenhaut exstirpiren. Ich hätte ein gutes Stück der noch übrigen gesunden Gesichtshaut nehmen müssen, um die Oberlippe zu ersetzen.

Da verfuhr ich denn so: ich umschnitt die intacte Unterlippe von beiden Seiten her zu $^1/_4$ ihrer Länge, und verfuhr mit der Unterlippe in toto so, wie Langenbeck es macht, um mit einer Hälfte des Lippenroth die fehlende Hälfte zu ersetzen, d. h. ich wollte aus der Unterlippe auch die Oberlippe bilden. Allein die Lippe als solche ist durchaus nicht so dehnbar wie das Lippenroth und ich wäre nicht zu Stande gekommen, wenn ich nicht die beiden Wangen durch die Blei-Silbernaht mit grosser Kraft an einander genähert hätte. Der Draht lief hierbei durch den Mund des Patienten. Auf diese Weise gelang es mir, die so entfernten Wundränder ohne Spannung und mit Erfolg zu vernähen. Freilich hatte der Patient dadurch ein Kiklostoma, ein Fischmaul, allein nur auf 6 Wochen; denn nach dieser Zeit war ich im Stande, wie ich es gleich von vornherein beschlossen hatte, mit Leichtigkeit eine Mundspalte herzustellen durch zwei seitliche Schnitte, deren Ränder ich theils mit Lippenroth theils mit Wangenschleimhaut überkleidete, und ich darf wohl sagen, das schliessliche Resultat war derart, dass es schwierig war, zu erkennen, dass überhaupt am Munde etwas Abnormes vorgegangen sei, und ich glaube dreist sagen zu können, dass man durch einen hinverpflanzten Lappen wohl nie ein so schönes Resultat erzielt hätte, abgesehen davon, dass Patient eine oder mehrere Narben mehr im Gesichte hätte.

Eine wichtige Regel bei Plastiken ist es, dass die verpflanzten Lappen nicht gespannt seien; sie müssen gewissermassen von selbst an der gewünschten Stelle liegen bleiben. Dies erreicht man dadurch, dass man den Lappen relativ sehr lang nimmt. Oefters kann man

aber dasselbe mittelst eines kürzern Lappens erreichen, indem man die fragliche Entspannungsnaht anwendet. Im Gesichte ist die Haut kostbar und jeder Ctm., den man davon ersparen kann, ist viel werth. Oft ist es aber auch für das schliessliche Resultat der Plastik selbst vortheilhafter, wenn der Lappen eher etwas kurz ist, es gleichen sich dann leichter kleine Falten am Stiele aus. Sollte die Spannung auch dauernd, d. h. nach erfolgter Anheilung des Lappens zu gross sein, so kann man ihn immerhin nach Wochen an seiner Wurzel quer durchschneiden.

Ich bin fern davon, diese Naht bei jeder Plastik zu gebrauchen; aber dess bin ich überzeugt, dass sie in manchen Fällen ganz erspriessliche, fast möchte ich sagen, unersetzliche Dienste leistet. (Auch in der Klinik des Herrn Geheimrath Thiersch finden dieselben Entspannungsnähte eine sehr ausgedehnte Anwendung. Red.)

J. Israël. Bericht über die chirurgische Abtheilung des jüdischen Krankenhauses zu Berlin, für den Zeitraum vom 1. Januar 1873 bis 1. October 1875.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 1 u. 2. p. 1 u. 261.)

Der Bericht schliesst sich zeitlich an den für das Jahr 1872 veröffentlichten an. Das jüdische Krankenhaus liegt ziemlich ungünstig in enger Strasse dicht bei einer Knochenölfabrik. Bis vor einem halben Jahre waren die Closets sehr ungünstig gelegen und die Ausgussbecken hatten durchaus mangelhaften Abfluss, so dass die Reinheit der Luft sehr beeinträchtigt war. Von den in dem obigen Zeitraume behandelten 761 Patienten (mit 794 chirurgischen Erkrankungen) starben 51 (6,6 %); Pyämie und Septikämie befielen 16 Patienten (davon starben 15); von Erysipelas kamen 23 Fälle vor, keiner mit tödtlichem Ausgange. Was das Material anlangt, so war nur eine kleine Anzahl von Verletzungen, dagegen ziemlich viel Geschwülste (44,3 % sämmtlicher Erkrankungen) vorhanden. Die Wundbehandlung (nicht immer angegeben) scheint vorwiegend eine offene gewesen zu sein, daneben wurde die Lister'sche, resp. die antiseptische Methode nach Thiersch geübt. Die einzelnen Erkrankungen und Operationen topographisch geordnet, sind übersichtlich zusammengestellt und die nöthigen Angaben in gedrängter Kürze mitgetheilt. Wir heben im Folgenden einige wichtigere Fälle hervor, die zum Theil durch Zeichnungen illustrirt sind, verweisen aber im Uebrigen auf den Bericht selber.

Ein Echinococcus hepatis in die rechte Pleurahöhle durchgebrochen, wurde nach Incision und Einlegen einer permanenten Kanüle geheilt. Unter anderen wurde eine colossale Mutterblase von mehr als Kindskopfgrösse mit 1 Ctm. dicker Wandung extrahirt. — Bei einem Patienten, bei dem sich unstillbares Erbrechen plötzlich eingestellt hatte, verbunden mit heftigen Leibschmerzen, ohne dass der

Leib aufgetrieben, noch Dämpfung oder Druckempfindlichkeit nachzuweisen gewesen waren, zeigte die Section eine Incarceration einer Dünndarmschlinge durch einen Netzstrang, der als praeformirt betrachtet werden musste und sich brückenförmig von einem Puncte des Netzes zum anderen in der Länge von einigen Ctm. ausspannte. — Bei einem an Hypertrophia prostatae leidenden Manne fand sich ein sehr grosses Divertikel der Blase vor, das nur durch eine feine Mündung mit dem Blasenlumen communicirte. Das Divertikel hatte die Grösse zweier Fäuste.

Aus der der Arbeit beigefügten tabellarischen Uebersicht erwähnen wir, dass 8 Amputationen, 5 Exarticulationen und 16 Resectionen gemacht wurden, letztere meist mit recht gutem Endresultat; ausserdem wurden einige umfangreiche Plastiken im Gesichte ausgeführt. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

C. W. Runeberg. Ueber die Filtration von Eiweisslösungen durch thierische Membranen.

(Archiv d. Heilkunde XVIII. Jahrgang. Hft. 1.)

Die bedeutungsvollen Resultate seiner interessanten Experimentalarbeit fasst Verf. selbst in folgende Sätze kurz zusammen:

»1) Bei Anwendung einer frischen oder ausgeruhten Membran nimmt die Filtrationschnelligkeit mit der Dauer der Filtration ab und zwar anfangs in so beträchtlichem Grade, dass selbst Drucksteigerungen nur einen ganz geringen Einfluss auf die Filtratmenge ausüben.

2) Wenn der Druck eine längere Zeit eingewirkt hat, wird die Filtrationsschnelligkeit dagegen verhältnissmässig constant und ändert sich bei gleichbleibendem Druck nicht merkbar.

3) Sobald dieser constante Filtrationsdruck erreicht ist, bemerkt man Folgendes. Bei Druckänderung von einem niedrigeren zu einem höheren Grade wird die Filtrationsgeschwindigkeit zwar anfangs grösser, nimmt aber dann bei Einwirkung des höheren Druckes mit der Zeit wieder ab bis zu einer constanten Grösse. Bei Aenderung von einem höheren zu einem niedrigeren Druckgrad dagegen ist die Filtrationsschnelligkeit anfangs kleiner, steigt aber bei Einwirkung des niedrigeren Druckes mit der Zeit wieder bis zu einer constanten Höhe an.

4) Die Filtrationsschnelligkeit ist bei ein und demselben Druck wesentlich verschieden, je nachdem vorher ein höherer oder niedrigerer Druck oder auch vollständige Druckentlastung eingewirkt hat. Sie ist nämlich grösser als vorher, wenn die Membran inzwischen unter Einfluss eines niedrigeren Drucks oder einer Druckentlastung gestanden hat und umgekehrt kleiner als vorher, wenn ein höherer Druckgrad in der Zwischenzeit eingewirkt hat.

5) Die Filtrationsschnelligkeit sinkt und steigt im Allgemeinen mit dem Druck, steht aber nicht in einem proportionalen Verhältniss dazu, sondern nimmt in um so geringerem Grade zu, je höher der

Druck steigt. Es gilt dies namentlich für Eiweisslösungen und Emulsionen.

6) Bei Anwendung einer neuen oder ausgeruhten Membran ist der relative Albumingehalt des Filtrats anfangs grösser, nimmt aber mit der Dauer der Filtration ab bis zu einer gewissen Grösse und bleibt dann verhältnissmässig constant bei gleichbleibendem Druck.

7) Sobald dieses constante Verhältniss erreicht ist, wird der Albumingehalt des Filtrats bei Drucksteigerungen geringer und nimmt bei Druckerniedrigung dagegen zu.

8) Der Albumingehalt des Filtrats ist bei demselben Druckgrad beträchtlich grösser, wenn die Membran einige Zeit vorher vom Druck befreit war, als wenn sie unter Einwirkung des Druckes gestanden hat.

9) Sehr fein vertheilte Emulsionen, deren suspendirte Partikeln durch die Darmwand zu dringen vermögen, zeigen hinsichtlich ihres Filtrates eine vollkommene Uebereinstimmung mit den bei Eiweisslösungen beobachteten Erscheinungen.

10) Bei Salzlösungen findet man unter allen Druckverhältnissen in dem Filtrat nahezu denselben Inhalt an festen Bestandtheilen, wie in der ursprünglichen Lösung. Alle diese Erscheinungen können nur dadurch erklärt werden, dass die Permeabilität der Membran bei jedem Druckgrad eine andere d. h. grösser bei niedrigerem, geringer bei höherem Druck ist, und dass die Membran bei Einwirkung eines jeden Druckgrads die entsprechende Permeabilität nach und nach annimmt«.

Verf. benutzte zu seinen Versuchen frischen oder in schwacher Alkohollösung aufbewahrten Thierdarm, der, an beiden Enden mit Glasröhrchen verbunden, luftdicht in einen Glascylinder eingeschlossen wurde, und zu dem mittelst eines Heberapparates die zu prüfenden Lösungen zugeleitet wurden. Die Därme verschiedener Thiergattungen verhielten sich ganz gleich.

Zu bemerken ist noch, dass die verschiedenen Eiweissarten in verschiedenem Grade filtriren. Am schwächsten ist der Eiweissgehalt des Filtrats bei Caseinlösungen. Die Filtrationsschnelligkeit ist auch sehr verschieden bei sonst gleichen Verhältnissen. Bei Salzen ist sie grösser als bei Eiweiss und auch die verschiedenen Salze filtriren mit ungleicher Schnelligkeit.

Am interessantesten ist, dass Fettemulsionen sich gerade so verhalten wie Eiweisslösungen (daher die emulsionsartige Natur letzterer wahrscheinlich ist) und dass die Permeabilität, entgegengesetzt den bisherigen Annahmen, bei grösserem Druck geringer wird. Verf. vermuthet den Grund dafür in hierbei zur Wirkung kommenden elastischen Kräften.

Schliesslich macht Verf. auf die Analogie seiner Ergebnisse mit den Schlussfolgerungen Cohnheims in Bezug auf die Alteration der Gefässwand bei Entzündungen aufmerksam. **A. Bidder** (Mannheim).

E. Ludwig. Ueber einige Bestandtheile des Tabakrauches.
(Arch. f. klin. Chirurgie 1876. Bd. XX. Hft. 2.)

L. untersuchte die leicht condensirbaren Producte des Rauches von feinem türkischen Tabak, indem er den Tabak in einer Tabakspfeife aus glasirtem Porzellan anzündete und vermittelst eines Aspirators die Verbrennung unterhielt. Zwischen der Pfeife und dem Aspirator war ein Wasser enthaltendes U-förmiges Rohr eingeschaltet, sowie ein zweites gerades Rohr etwa 1 Meter lang, welches mit entfetteter Baumwolle gefüllt war. Die Hauptmasse der flüssigen Producte sammelte sich unten in der Tabakspfeife, das Wasser nahm reichlich kohlensaures Ammoniak auf, über der Wasserschicht bildete sich nach längerer Zeit eine dünne Theerschicht. Der Rest des Condensirbaren wurde von der Baumwolle zurückgehalten, nur wenig ging, in den Aspirator gelangend, verloren. Der ätherische Extract des in der Baumwolle Zurückgehaltenen gab nach dem Verdampfen des Aethers braunen Theer; eben so ergab der Rückstand am Boden der Pfeife und das im Wasser Gelöste braunen, stinkenden Theer, ausserdem enthielt das Wasser reichlich kohlensaures Ammoniak und geringe Mengen essigsauren Ammoniaks. Durch weitere Behandlung des Theerrückstandes konnte L. reine Essigsäure, sowie geringe Mengen reiner Carbolsäure darstellen. Buttersäure (Zeise), ferner Blausäure und Schwefelkohlenstoff (A. Vogel und Reischauer) waren in den von L. untersuchten Destillations-Producten nicht vorhanden.

Maas (Breslau).

N. Rohssnikow. Pigmentirtes Rhabdomyom (Rhabdomyoma melanodes).
(Virch. Arch. Bd. LXVIII. p. 54.)

Verf. stellt die bisher bekannten Befunde von Rhabdomyomen zusammen. Ihm selbst standen Geschwülste derselben Art, vom orificium ani, den Muskeln des Oberschenkels und von der Leber eines weissen Hengstes zur Verfügung. Die Anwesenheit pigmentirter, quergestreifter Muskelzellen in der Geschwulst giebt ihm die Veranlassung als neue Species das Rhabdomyoma melanodes aufzustellen. Die Entwickelung und das Wachsthum der Geschwulst geschieht nicht nur auf Rechnung der schon formirten Muskelelemente, sondern auch aus indifferenten Granulationszellen, die theils durch Extravasation weisser Blutkörperchen, theils durch Proliferation der Bindegewebszellen und des Endotheliums der Gefässe entstanden sind. Die Pigmentirung geschieht auf Rechnung rother Blutkörperchen, welche ganz von den Protoplasmaelementen aufgegriffen werden und die in kleine Pigmentkörner zerfallen. Ausserdem erfassen diese Zellen schon fertige Pigmentkörner, oder es dringen die letzteren in sie ein. Dieses Pigment entsteht aus Zerlegung rother Blutkörperchen ausserhalb der Gefässe. Die rasche Entwickelung und das rasche

Wachsthum der Gefässe einerseits und ihre Quetschung in den central oder tief gelegenen Theilen der Geschwulst andererseits, sind die Ursachen der sehr verbreiteten Extravasate, wodurch ebenfalls die Pigmentirung befördert werden kann. Rhabdomyome, die reich an Zellenelementen und an Gefässen sind, und welche Dissemination und entfernte Metastasen erzeugen, muss man zu den bösartigen Neubildungen rechnen. Bei der Differentialdiagnose des Rhabdomyoms muss man ausser den quergestreiften Elementen noch die doppelte Lichtbrechung der Muskelelemente (Brücke) mit dem Polarisationsapparate nachweisen.

Madelung (Bonn).

Laurens et **Bresson**. Observations de tétanos traumatique traité par le chloral.

(**Bulletins de la société de chirurgie 1876. No. 3.**)

(**Séance de la société de chirurgie du 1. Mars.**)

Verneuil rapportirt über 2 Fälle von Tetanus. In dem einen (L.'s Fall) handelt es sich um eine Frau, welche sich durch einen Sturz eine ganz unbedeutende Verletzung an der Stirne zugezogen hatte. 8 Tage später plötzlich Kieferklemme, Dysphagie und Dyspnoe. Unter der Kruste der Wunde fand sich ein kleines Sandkörnchen. Verabreichung einer Chloralsolution (Chloral 8 Grm. — Wasser 200, mit Syrup) zu 4 Esslöffel innerhalb $^1/_2$ Stunde. Tiefer Schlaf. Das Chloral wurde während 13 Tagen in hypnotischen Dosen fortgegeben. Pat. befand sich fast im continuirlichen Schlafe. Allmälig zunehmende Besserung, vorübergehend gestört durch 1tägiges Aufgeben der Chloralverabreichung. Heilung Ende der 4. Woche.

Im zweiten Falle (B.) hatte ein Kabyle durch Minenexplosion ausgedehnte Verbrennungen 2. und 3. Grades an den Beinen, der Brust und Achselgegend erlitten. Dabei mässige Schmerzen, kein Fieber, blos Schlaflosigkeit, die durch Opiate etc. beseitigt wurde. Auf den Wunden Oelkalkliniment und Watte. Guter Verlauf bis zu Ende des 7. Tages, wo heftige Diarrhoe auftrat. Am 14. Tage beginnende Kieferklemme und Nackenmuskelcontractur. Chloral innerlich: 8 Grm. in 3 Dosen getheilt von 8 zu 8 Stunden gegeben. Nach wiederholtem Wechsel zwischen Besserung und Verschlimmerung des Leidens, erfolgte, zu Beginn der 4. Woche der Erkrankung, nachdem Pat. eben ein warmes Luftbad im Bette genommen und hierauf die Wäsche gewechselt hatte, plötzlich Exit. letalis unter Convulsionen.

Verneuil bemerkt hierzu, dass die Frage, in welcher Dosis das Chloral im Tetanus zu verabreichen sei, durch den ersten dieser 2 Fälle beantwortet werde. Es gebe hierbei keine genau festzustellende Dosis. Die Hauptsache sei, das Medicament längere Zeit in der Weise anzuwenden, dass eine continuirlich hypnotische Wirkung und Lösung der Muskelstarre bewirkt werde.

Zum 2. Falle bemerkt V., dass derselbe, seiner Ansicht nach, zur chronischen Form des Tetanus gehöre, indem alle Krankheitssymptome mild, manche sogar relativ günstig auftraten. Er zeige deutlich, wie fehlerhaft es sei, die chronische Form des Tetanus als absolut gutartig aufzufassen. Jeder Tetanische sei als sehr gefährlich krank — und zwar im Durchschnitte durch etwa 4 Wochen — anzusehen. Ob der chronische Verlauf im 2. Falle ursprünglich der Krankheit eigen, oder ob die zweckmässige Behandlung die Ursache desselben gewesen sei, diese Frage beantwortet V. mit dem Hinweis auf die Thatsache, dass die sogen. chronische Form des Tetanus, welche besser die »prolongirte« zu nennen wäre, häufiger geworden sei, seit das Chloral allgemein angewandt werde. Unter diese Form seien aber alle jene Fälle zu rechnen, wo der Pat. am 10. oder 12. Tage noch am Leben ist.

Nach V.'s Meinung ist im 2. obigen Falle unzweifelhaft das Luftbad die Ursache der todtbringenden Zufälle gewesen, da jeder Reiz an der Hautoberfläche, beim Tetanus den Anlass zu Spasmen der Larynx- und Thoraxmuskeln abgeben könne, welche bekanntlich die häufigste Ursache des letalen Endes beim Tetanus seien. Eine andere Todesursache könne durch progressive, schwere Erkrankung des Lungengewebes gegeben werden.

V. ist gegen die Anwendung jeder Sorte von Bädern im Tetanus, wie überhaupt gegen Alles, was einen äusseren Reiz verursachen kann. Er lässt seine Tetanischen vom Wirbel bis zur Zehe in Watte einhüllen, und sie in der grossen Bonnet'schen Drahtvorrichtung (für den ganzen Körper) immobilisiren, so dass die Pat. beim Reinigen, nach der Defäcation z. B., gar nicht an ihrem Körper berührt werden, ausgenommen am After. Die bei Tetanischen so copiöse Schweissproduction hält V. nicht ab, die Pat. in ihren Wattehüllen förmlich maceriren und sie in einer Art von permanentem Bade von warmen Dämpfen leben zu lassen.

In der hierauf folgenden Discussion empfiehlt Larrey den Versuch der Anwendung des Jaborandi als Heilmittel im Tetanus. Die Schweiss und Salivation erregende Wirkung dieses Mittels scheine ihm a priori in Fällen von tonischen Krämpfen nützlich zu sein.

Tillaux hat die intravenösen Injectionen von Chloral bei Tetanus versucht; es milderten sich die Erscheinungen, doch trat auch hierbei frühzeitig exit. letal. ein.

Lannelongue berichtet über zwei Kranke, bei denen bei jedem Verbandwechsel Convulsionen eintraten. In beiden Fällen war der Schmerz auf kleine Granulationswülste localisirt, nach deren Exstirpation, resp. Aetzung, die Convulsionen verschwanden.

Larrey erwähnt, dass sein Vater den seltenen Verbandwechsel bei Tetanischen förmlich zur Methode erhob.

Blot citirt ähnliche Erfahrungen bei Eclamptischen. Die leiseste Berührung, der Katheterismus etc. kann einen Anfall von Eclampsie

herbeiführen. Geburtshelfer machen oft die Beobachtung, dass be Eclamptischen die Convulsionen in demselben Maasse sich steigern, als die manuelle Hülfe ausgiebiger angewendet wird.

Fr. Steiner (Wien).

A. Eddowes. On a new method of treating fractured clavicle.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 679.)

Verf. empfiehlt bei Schlüsselbeinbrüchen in die Achselhöhle der kranken Seite ein dazu angegebenes Luftkissen in unaufgeblasenem Zustande mittelst eines Tuches (z. B. Halstuch) so zu fixiren, dass die Zipfel an zwei im oberen Theile des Kissens befindlichen Oesen befestigt werden, die Breite des Tuches selbst über die gesunde Schulter geht; ein zweites Tuch als Schlinge um den Hals gelegt, nimmt Hand und Vorderarm der kranken Seite unterstützend auf; ein drittes Tuch wird um den Thorax und den dem Körper anliegenden Ellenbogen der kranken Seite horizontal gelegt, auf der gesunden Seite geknüpft und in gewohnter Weise ein kleiner Umschlag unter dem Ellenbogen der kranken Seite nach hinten gemacht und festgesteckt, um so dem Ellenbogen Stütze zu geben. Nun erst wird das Luftkissen soweit aufgeblasen, dass die Theile in guter Lage erscheinen. Ein Holzschnitt veranschaulicht die Verbandweise.

Pilz (Stettin).

Hamerton. Disease of the sterno-clavicular articulation.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 748.)

Folgende in der Lambeth Infirmary beobachteten Fälle betreffen Personen, welche keine Zeichen von Trauma, Syphilis, Gicht oder Rheumatismus darboten, dennoch die anscheinend primäre seltene Erkrankung des Sterno-Clavicular-Gelenks zeigten.

1) Der 42jährige Patient bemerkte seit einigen Tagen in der Gegend des linken Sterno-Clavicular-Gelenks eine hühnereigrosse, fluctuirende, schmerzhafte Schwellung; die Incision entleert viel guten Eiter, die Sonde fühlt rauhen Knochen; Eiterung, Tod nach 8 Monaten an Phthisis.

2) Ein 33jähriger gesunder Mann bekam vor 6 Wochen eine Schwellung am rechten Sterno-Clavicular-Gelenk; Incision. Heilung bis auf einen kleinen Fistelgang; die Sonde fühlte keinen erkrankten Knochen; bald entwickelte sich eine Pneumonie, dann Septikämie. Tod. Section: der Fistelgang führte zu dem rechten Sterno-Clavicular-Gelenk, das gänzlich zerstört erschien, ein Theil der port. stern. claviculae war abgelöst; das Sternum im Uebrigen gesund, Abscesse im Gehirn, Lungen, Leber, Milz; alle anderen Gelenke normal.

3) Ein 64jähriger Mann hat seit 1 Monat Schmerzen und Anschwellung am linken Sterno-Clavicular-Gelenke; Incision, Eiterentleerung, Schluss der Wunde; erneute Anschwellung, Incision; die

Sonde fühlt rauhen Knochen; Entfernung der erkrankten port. stern. claviculae; die erste Rippe ist oberflächlich cariös, Drainage, sorgfältige Ruhestellung des Gelenks; Pat. ist der Heilung nahe.

Pilz (Stettin).

C. E. Wing. Vaginal Ovariotomy.

(Bost. med. and surg. Journal 1876. Vol. II. p. 516.)

Bei einer 32jährigen Dame hatte sich langsam unter Schmerzen und Erschwerung der Urin- und der Stuhlentleerung eine im Douglas'schen Raume fühlbare, elastische Geschwulst ausgebildet; der Uterus war zur Seite gedrängt. Durch Aspiration wurden 2 Drachmen Flüssigkeit entleert, in welcher in rückgängiger Metamorphose begriffene Blutkörperchen vorhanden waren; eine 2. Punction war von septikämischen Erscheinungen gefolgt, deshalb Entleerung des eitrig gewordenen Inhalts der Geschwulst (Hämatocele oder Ovarialtumor) durch directe Incision im oberen Theile der Scheide. Der eingeführte Finger fühlte die orangengrosse, adhärente Ovarialgeschwulst, welche nach Erweiterung der Wunde herausgeführt werden konnte. Das breite Mutterband und die Muttertrompete kamen auch zu Gesicht. Da kein Stiel vorhanden, so wurde die Cyste einfach abgeschnitten. 3 Nähte wurden angelegt; vom untersten Wundwinkel aus der Douglas'sche Raum ausgewaschen. Vom 5. Tage gleichmässig fortschreitende Besserung. Innerhalb 4 Wochen entlassen.

Die erste Operation verrichtete Thomas (New-York) 1870; er will sie bei kleinen freien Cysten angewandt wissen und als operativen Versuch bei zweifelhaften Fällen, indem er ihre Gefahren der Ovariotomie mit Bauchschnitt gegenüber gering anschlägt.

Peaslee, der der Operation von Thomas beiwohnte, urtheilt anders, er bekämpft die Operation, denn

1) sie sei nur anwendbar bei kleinen Cysten — die keinen Eingriff erheischen —

2) sie sei schwerer, als die gewöhnliche Ovariotomie,

3) sie werde gemacht, wenn noch kein Stiel vorhanden, dann aber kann die Ligatur nicht exact angelegt werden,

4) die Gefahren stehen denen der gewöhnlichen Ovariotomie nicht nach.

Gilmore (Mobile) operirte mit Glück im Jahre 1873; der Tumor war orangengross; er hat Vertrauen zu dieser Methode und möchte sie verallgemeinert sehen für die Fälle von unilocularer Cyste, die nach Eröffnung der Vagina entleert und entfernt werden sollen.

Battey (Georgia) entfernte im März 1874 durch die Vagina glücklich einen kleinen Ovarialtumor, und bis October 1874 neun Mal bei 8 Personen die Ovarien auf diesem Wege mit 2 tödtlichen Fällen.

Davis exstirpirte 1872 sogar eine 9 Pfd. schwere Ovarialcyste durch die Vagina, die er in der Nabelgegend ablösen musste. Verf.

theilt ganz Peaslee's Ansichten und erwähnt schliesslich einen Fall, in welchem Thomas von der Vagina aus gar nicht in die Bauchhöhle dringen konnte, weil Vagina und Rectum miteinander verlöthet waren. Th. brach ins Rectum ein und musste nun auf dem gewöhnlichen Wege das Ovarium entfernen. Aehnliches sah Verf. bei einem anderen renommirten Operateur. Pils (Stettin).

Starcke. Ueber Behandlung der Bubonen in der Bauchlage.
(Charité-Annalen II. Jahrgang (1875). Berlin 1877.)

Verf. empfiehlt eine Reihe von Modificationen der gewöhnlichen Behandlung von vereiterten Leistenbubonen, welche sich ihm vielfältig bewährt haben. So verwirft er die Schnittrichtung parallel dem Poupart'schen Bande, sondern legt die Incision lieber senkrecht zu demselben an, indem er sich überzeugt hat, dass das bekannte Einwärtsrollen der Ränder wesentlich davon abhängt, dass bei jedem Athemzuge, bei jeder Bewegung des Fusses die Wundränder von einander gezerrt werden. Hat man die Incision dagegen senkrecht zum Leistenbande geführt, so kann sich die Oeffnung bei der Bewegung der Bauchwand und des Beins immer nur schlitzförmig verengen. Bei ausgedehnter Vereiterung werden zwei Incisionen an den beiden seitlichen Grenzen des Abscesses angelegt. Dadurch wird nicht nur jede Taschenbildung verhütet, sondern auch das Absterben der Wundränder, da man hier verhältnissmässig dicke und gesunde Cutis durchschneidet. Alsdann werden Drainröhren eingeführt, ein Salicyljuteverband angelegt und der Kranke aufgefordert, dauernd die Bauchlage einzunehmen, die er nur zeitweise mit einer Seitenlage vertauschen darf. Die Wirksamkeit dieser Behandlung, welche einen ganz freien Eiterabfluss sichert, wird durch das sehr frappante Beispiel eines Menschen illustrirt, dessen vereiterter Bubo nach viermonatlicher Dauer zu einer Eitersenkung bis in die Gegend des tuber ischii, hectischem Fieber, Nachtschweissen und allgemeinem Kräfteverfall geführt hatte, so dass sein Leben in Gefahr war. Bei Bauchlage flossen sofort reichliche Eitermengen spontan aus. Dieselbe führte in Verbindung mit der Drainage schon nach 3 Tagen vollkommene Entfieberung herbei — nach 3 Wochen war der Kranke blühend, nach 6 verliess er geheilt das Spital.

Verf. warnt, bei vorhandener Abscedirung nicht allzulange auf das Abschwellen intumescirter Drüsen zu hoffen. Hat die Schwellung längere Zeit bestanden, ist die Drüse dabei härter anzufühlen, mit der Umgebung fest verwachsen und wenig schmerzhaft, — so muss man annehmen, dass sich im Innern derselben multiple käsige Herde gebildet haben. Solche Drüsen werden exstirpirt und die umgebenden schlaffen Granulationen mit dem scharfen Löffel ausgeschabt. (Ref. bedient sich desselben Verfahrens seit einer Reihe von Jahren mit vorzüglichem Erfolge.) Wird von vornherein die Drüsenexstirpation beabsichtigt, so bleibt der Querschnitt bestehen, die

Schnittränder aber werden bis auf die beiden seitlichen Enden, welche Drainröhren aufnehmen, durch die Naht wieder vereinigt. Bei Taschenbildung nach unten wird der untere Wundrand in der Mitte gespalten, also ein T-schnitt hergestellt und dann der Querschnitt ganz genäht, während in den senkrechten das Drainrohr eingelegt wird.

Die Nachbehandlung ist eine antiseptische.

Verf. hat die Vorzüge der Bauchlage auch bei den verschiedensten anderweitigen Eiterungen an der Bauchseite des Körpers, aufgebrochenen peritonitischen Exsudaten, Senkungsabscessen, Abscessen der Bauchwandungen etc., bestätigt gefunden. Er vermuthet, dass sich die Bauchlage ganz besonders auch bei operativen Eingriffen in das Gebiet der Blase, bei Sectio alta etc. als nützlich erweisen würde (die gleiche Idee hat bekanntlich Trendelenburg in jüngster Zeit mit gutem Erfolge zur praktischen Ausführung gebracht. S. Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 2. Ref.) und wirft die Frage auf, ob man nicht selbst bei Ovariotomien die Einführung von Drainröhren in die Bauchwunde mit der Bauchlage verbinden sollte.

Schede (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Neftül. Ein Beitrag zur Aetiologie der Epilepsie.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. VII. Hft. 1.)

Ein 24jähriger Student litt seit vor 6 Jahren auf den Kopf erhaltenen Schlägen mit einem Todtschläger (Stock mit Bleikugel) continuirlich an den heftigsten Kopfschmerzen und Anfällen von Bewusstlosigkeit mit epileptiformen Convulsionen, welche durch Druck auf die hyperästhetische rechte Stirnhälfte sofort hervorgerufen werden konnten.

Die Analogie mit den Westphal'schen Klopfversuchen bei Meerschweinchen führt N. bis auf die epileptogene Form durch und spricht die Vermuthung aus, dass Traumen des Schädels im Kindesalter sehr häufig die Ursache für die Entstehung der Epilepsie abgeben mögen. **Seeligmüller** (Halle).

Imre. Ectasie der Lymphgefässe der Conjunctiva bulbi.

(Wien. med. Wochenschrift 1876. No. 52.)

Verf. beschreibt zwei verschiedene Fälle von Augenerkrankung mit der interessanten Nebenerscheinung einer starken Ausdehnung der Lymphgefässe der Conjunctiva bulbi. Sie kamen in der Klinik von Schulek in Budapest vor. Das eine Mal lag eine Ophthalmia catarrhalis vor. Während der Behandlung bildeten sich varicöse, über die Oberfläche erhabene Stränge aus, die als ectasirte Lymphgefässe gedeutet werden mussten. Bei Compression verlieren sie ihre strohgelbe Farbe und verschwinden, während die Nachbargebilde stärker gefüllt werden. Im zweiten Falle waren dieselben Phänomene auch ganz als accidentelle vorhanden.

v. Mosengeil (Bonn).

Périer. Fracture du crâne avec enfoncement. — Trépanation. — Redressement. — Guérison.

(Bulletin de la société de chirurgie 1876. No. 3.)
(Séance du 1. Mars 1876.)

Ein 12jähriges, äusserst schwächliches Mädchen war vor 5 Tagen von einer Schaukel, auf der sich ein anderes Mädchen schaukelte, am Kopfe getroffen worden. Häufiges Erbrechen, anhaltende Kopfschmerzen.

Am 8. Tage Erysipelas faciei ausgehend von einer Wunde am vorderen, oberen

Winkel des Seitenwandbeines, in deren Grunde der Knochen blosslag. Ausserdem fand sich eine ziemlich bedeutende Depression am Schädeldache, in der Ausdehnung von 3—4 Ctm., unmittelbar nach aussen von der Hautwunde gelegen.

Steigende Hirnreizungssymptome bewogen Panas zur Trepanation; ein viereckiges Stück des Schädeldaches war gegen die Hirnoberfläche hineingedrückt; der äussere Rand desselben mit dem Schädeldache zusammenhängend, der innere Rand um die ganze Dicke der Schädelwand nach innen verschoben. B. nahm erst eine Scheibe gegen die Mitte des vorspringenden Knochenrandes weg, dann unmittelbar dahinter noch die Hälfte einer solchen Scheibe. Es wurden nun 5 Splitter extrahirt, die restirende, deprimirte Knochenpartie elevirt. Die Dura mater war intact.

Sehr günstiger Verlauf, ohne Zwischenfälle. Rasche Heilung.

Fr. Steiner (Wien).

Dobrzycki. Penetrirende Halswunde bei einem Selbstmörder. — (Medycyna 1877. No. 1. polnisch.)

Der 44jährige Schmied zeigte bei seinem Eintritte in's Spital, 12 Tage nach einem Selbstmordversuche, folgenden Status praesens: Anschwellung der linken Nackengegend, in der Höhe des 3. Halswirbels; daselbst eine erbsengrosse runde Oeffnung, in welche die Sonde 2 Zoll eindringen kann. Bei Druck auf die beschriebene Gegend fliesst eine mit Luftblasen vermischte ichoröse Flüssigkeit heraus. Die Untersuchung von der Mundhöhle aus konnte wegen stattgehabter profuser Blutungen nur sehr vorsichtig vorgenommen werden, es wurde auch nur bedeutende Anschwellung des weichen Gaumens constatirt. Hohes continuirliches Fieber und Schüttelfröste. — Aus der Anamnese erfuhr man, dass sich der Selbstmörder ein fusslanges, $^1/_2$ Zoll breites, conisches Bohreisen von der Mundhöhle aus nach hinten gestossen hatte. Tod an Septikämie und Nachblutungen. Keine Section.

Obaliński (Krakau).

Léger. Rétrécissement cancéreux de l'oesophage avec perforation de la plèvre droite.

(Société anatomique; séances de mai 1876. Progrès médical 1876. No. 44.)

Der 40jährige Pat. litt seit 6 Monaten an den Erscheinungen der Oesophagus-Strictur. Bei der Untersuchung schien das Hinderniss anfangs in der Höhe des Larynx-Eingangs zu sitzen; es war in den ersten Tagen und später zuweilen nicht möglich, eine Sonde einzuführen. Es handelte sich jedoch nur um einen Spasmus, der allmälig nachliess. Dicke Sonden drangen leichter ein als dünne. Die wirkliche, krebsige Strictur sass in der Höhe des siebenten Halswirbels. Tod an Pneumothorax in Folge Durchbruchs des Carcinoms in die Pleurahöhle. Der Tumor war auch mit der Aorta fest verwachsen.

Petersen (Kiel).

E. Pingaud. Sur un cas de ligature préventive de carotide externe pour l'ablation d'un ostéosarcome du maxillaire inferieur.

(Gaz. hebdom. 1876. No. 45.)

Ein 25jähriger Soldat leidet an einem ausgedehnten centralen Osteosarcom des Unterkiefers, das bereits einmal mittelst Resection entfernt worden ist. Eine zweite Operation, welche sehr bald nothwendig wurde, konnte wegen der unvorhergesehenen Ausdehnung gegen die fossa pterygo-palatina und den Pharynx nicht beendet werden. Gegenwärtig nimmt die Neubildung fast die ganze Mundhöhle ein, drängt Zungenbein und Kehlkopf nach hinten und unten, die Zunge ganz nach der Seite und macht Phonation und Deglutition fast unmöglich, die Respiration sehr mühsam. Keine Schwellung der Lymphdrüsen. Die Umgebung der Geschwulst war überall nur verdrängt, nicht consumirt, die Grenzen derselben genau zu bestimmen. P. unternahm die totale Exstirpation nach vorausgehender Unterbindung der Carotis externa.

Die Incision musste wegen der Verdrängung der grossen Gefässe nach hinten den Kopfnicker durchtrennen; einem arteriellen Gefässe, der A. thyreoidea sup.

folgend gelangte man auf die Carotis communis und dann auf die Bifurcation. Die Carotis externa wird isolirt und zwischen Art. lingualis und thyreoidea infer. ganz nahe an der ersteren unterbunden. Ebenso wird die A. thyreoidea sup. ligirt. Ein Faden um die Carotis communis bleibt als lose Schlinge liegen. Die Entfernung des Kiefertumors mittelst Exarticulation des rechten Astes wurde hierauf fast blutlos ausgeführt. Zwei Tage nach der Operation Tod an doppelseitiger Pneumonie. Die Carotis externa enthielt auch nicht die Spur eines Thrombus; die Intima und Media sind durchtrennt; die A. thyreoidea sup. ist thrombosirt, die Carotis communis unverändert. Die Abgangsstelle der Art. max. externa war in die Carotisligatur mitgefasst. P. glaubt, dass eine Nachblutung höchst wahrscheinlich eingetreten wäre, wenn der Kranke länger gelebt hätte und dass auch die Ligatur der Carotis communis keine dauernde Sicherheit geboten hätte, weil die Entfernung der Ligaturstelle von den Aesten viel zu kurz war.

Winiwarter (Wien).

Wacquez. Luxation complète en avant de la clavicule sur le sternum.

(Arch. méd. belges. 1876. Novembre.)

Genannte Verletzung war durch Sturz vom Pferde zu Stande gekommen, ohne dass die Clavicula dabei brach. Das Sternalende des Knochens war bis auf die Mitte des Brustbeins dislocirt und ragte daselbst als hühnereigrosse Geschwulst hervor. Alle Reductionsversuche blieben erfolglos; zwar gelang es, das luxirte Stück in die normale Lage zu bringen, doch wich der Knochen immer wieder aus, wohl wegen vollständiger Zerreissung des lig. sterno-claviculare anterius. In luxirter Stellung erfolgte daher auch die Heilung. — Die Bewegungen des Armes wurden nicht besonders gestört. — **A. Hiller** (Berlin).

Maunder. Foreign body in the left bronchus; tracheotomy; recovery.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 854.)

Ein 13jähriger Knabe verschluckte einen Glasknopf; die anfangs heftigen Athembeschwerden milderten sich; mit dem Laryngoskop war nichts zu entdecken. In der 3. Woche stellte sich Fieber ein; die Untersuchung ergab links unten am Thorax Dämpfung, aufgehobenes Athmen und in der Mitte der Schultergegend ein eigenthümlich pfeifendes Geräusch (Sitz des Fremdkörpers?). In der Narkose wird die Tracheotomie gemacht, jederseits der Trachealrand mit den anliegenden Weichtheilen durch einen starken Seidenfaden vernäht. Vergebens versucht M. an dem hängenden Kinde durch Klopfen und Erschüttern des Rückens den Fremdkörper herauszubefördern. Er nimmt dann einen Silberdrath doppelt, biegt ihn vorn leicht hakenförmig um, geht in die Trachea hinein und führt beim 2. Versuche den im eitrigen Schleim eingehüllten fremden Körper heraus.

Pilz (Stettin).

Avezou. Fractures de deux côtes consolidées. — Réunion des deux cals par une fausse articulation.

(Société anatomique, séances de juin 1876. Progrès médical 1876. No. 47.)

An einem 65—70jährigen Manne fand man zufällig bei der Section eine alte Fractur der 5. und 6. Rippe. Normale Consolidation. Von jeder Fracturstelle ging ein knöcherner Fortsatz aus. Die beiden Fortsätze articulirten mit einander und waren mit einer Art Kapselband versehen. **Petersen** (Kiel).

A. Reeves Jackson Two cases of ovariotomy.

(Chicago med. Journal 1876. p. 779.)

1. 32jährige Patientin, Mutter von 2 Kindern, erkrankt 22 Monate nach der Geburt des zweiten, April 1872. Eine Punction im Januar 1874 entleerte 6 Pfund gelatinöser Flüssigkeit und war von 18tägiger Peritonitis gefolgt. Während eines neuen Anfalls von Peritonitis wurde die Operation am 25. Februar 1874 ausgeführt. In Aethernarkose wurde ein dreizölliger Schnitt in der linea alba gemacht und flossen nach Eröffnung des Peritoneum zunächst mehrere Pfund ascitischer Flüssigkeit ab. Die vom rechten Ovarium ausgehende Cyste wurde punc-

tirt, der dickliche Inhalt entleerte sich jedoch nicht durch die Kanüle; daher Incision und Ausräumung des Inhaltes mit der Hand in der Seitenlage der Patientin. Ausgedehnte Verwachsungen auf der hinteren Cystenseite mit Därmen und Becken, die nur unter bedeutender Blutung und mit viel Zeitverlust gelöst werden konnten. Ein Drainagerohr wurde durch die Vagina in den Douglas'schen Raum eingelegt, die Bauchwunde durch die Naht geschlossen.

Der Tumor wog 32 Pfund, die Operation hatte $2^1/_2$ Stunden gedauert. Stielbehandlung nicht angeführt. 22 Stunden nach der Operation starb Patientin. Die Temperatur war 17 Stunden nach der Operation 105° F. gewesen.

2. 49jährige Patientin, seit 2 Jahren erkrankt; bei der enormen Ausdehnung des Leibes ist zunächst kein Tumor zu fühlen; starke Retroversio uteri. 27. Octotober 1874 Entleerung von 16 Pfund Flüssigkeit vermittelst Punction. Jetzt war ein von der rechten Beckenseite ausgehender Tumor deutlich zu fühlen. 10. December 1874 Operation. Narkose durch Methylenbichlorid. Nach der Incision Punction des multiloculären Tumor, darauf Incision desselben, Ausräumen des Inhaltes mit der Hand. Die hierdurch bewirkte Verkleinerung des Tumor genügte nicht zu seiner Entwicklung; daher Verlängerung des 1 Zoll über der Symphyse beginnenden Schnittes bis 1 Zoll oberhalb des Nabels. Die Adhäsionen waren mässig. Der Stiel, vom lig. lat. d. ausgehend, wurde mit der Klammer gefasst, durchschnitten, und 1 Zoll unterhalb seines Endes in zwei Portionen unterbunden; die Ligaturen wurden kurz abgeschnitten, der Stiel versenkt. Das linke, dem Tumor adhärente und erkrankte Ovarium wurde mit entfernt. Die Blutung aus den durchtrennten Adhäsionen erforderte noch 5 Ligaturen. Drainage des Douglas'schen Raumes durch die Vagina, Naht der Wunde. Am 15. December wurde das verstopfte Drain entfernt; am 16. schon musste eine Ansammlung von stinkender blutiger Flüssigkeit aus dem Douglas'schen Raume vermittelst des Troikart entleert werden. Wiederholung dieser Procedur am 18., mit Liegenlassen der Kanüle.

Verzögerung der definitiven Heilung durch eine intercurrente Parotitis sowie eine Thrombose der linkseitigen Schenkelvene. **Ranke** (Halle).

Fisher. Diseased hip- and ankle-joints.

(Med. tim. and. gaz. 1876. 14. October. p. 436.)

Hospitalbericht über zwei Fälle aus dem London-Hospital.

1. Elfjähriger Knabe, seit sieben Jahren an Coxitis erkrankt. Feste fibröse Flexionsankylose, rechtwinklig zum Becken; zwei Fisteln. Vergebliche Versuche mit Extension und Tenotomie. Blosslegung des Knochens durch den gewöhnlichen Resections- (Längs-)schnitt, Wegnahme des oberen Femurendes mit dem Meissel, Extraction des nekrotischen Restes des Femurkopfes. Nachbehandlung mit Anwendung der unterbrochenen Längsschiene. Der Kranke geht der Genesung entgegen. In den Anmerkungen zu diesem Falle wird die Durchmeisselung des Femur bei Deformitäten warm empfohlen.

2. 5jähriger Knabe, seit einem Jahre nach einer Distorsion an Fussgelenksentzündung erkrankt. Trotz Behandlung Zunahme der Entzündung, daher Totalresection des Gelenkes am 21. Juni 1876 vermittelst zweier Längsincisionen auf die Malleolen.

Zum Beweise der Erfolge derartiger Operationen wurde ein junger Mann vorgestellt, dem Maunder vor 12 Jahren das Fussgelenk aus gleicher Ursache resecirt hatte, die Fussform ist fast normal, der Patient geht ohne Beschwerden, kaum hinkend. Eine genauere Beschreibung des Zustandes des neuen Gelenkes fehlt.

Ranke (Halle).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. Sonnabend, den 17. März. 1877.

Ueber die fibrilläre Structur des Hyalinknorpels.

Von

H. Tillmanns,

Privatdocent für Chirurgie in Leipzig.

Bereits früher habe ich nachzuweisen versucht*), dass die bisher angenommene homogene, structurlose Beschaffenheit der hyalinen Knorpelgrundsubstanz nur scheinbar sei, dass dieselbe in Wirklichkeit einen fibrillären Bau habe. Mittelst Kal. hypermang. und 10 % Kochsalzlösung war es mir gelungen, die vorher homogene Grundsubstanz des Hyalinknorpels (von frisch getödteten Hunden und Kaninchen) in einzelne Fibrillen und Fibrillenbündel aufzulösen. Auf Grund dieser Thatsache hatte ich die Ansicht ausgesprochen, dass

*) Beiträge zur Histologie der Gelenke. Arch. für mikroskop. Anatomie von M. Schultze Bd. X. p. 434.

die hyaline Knorpelgrundsubstanz aus Fasern aufgebaut sei, welche mittelst Kittsubstanz so innig zusammengefügt seien, dass eine homogene Structur vorgetäuscht werde. Dadurch, dass die Kittsubstanz durch Kal. hypermang., durch 10 % Kochsalzlösung gelöst wird, treten die Fasern zu Tage. Ich hatte diese Untersuchungen im hiesigen physiologischen Institute unter Leitung von Herrn Prof. Schwalbe angestellt. In neuerer Zeit sind meine Angaben von Baber*) bestätigt worden, welcher besonders auch Kalk- und Barytwasser behufs Auffaserung des Hyalinknorpels empfohlen hat. Auch beobachtete z. B. Genzmer (Centralbl. f. Chir. 1875. p. 257) bei Entzündungsreizen und Vernarbung von Knorpelwunden eine faserige Beschaffenheit der hyalinen Intercellularsubstanz.

Im letzten Jahre habe ich die Frage nach der feineren Structur der hyalinen Knorpelgrundsubstanz immer wieder einer näheren Untersuchung unterworfen, da es mir nothwendig erschien, auch mittelst anderer Methoden die Richtigkeit meiner zuerst gemachten Angaben zu beweisen. Um so mehr war ich erfreut, als ich mit den interessanten Untersuchungen Kühne's*) bezüglich des Trypsin (Enzym des Pancreas) und der Trypsinverdauung bekannt wurde. Das Trypsin, eine bekanntlich aus dem Pancreas nach Kühne's Vorschriften zu gewinnende Substanz, hat die Eigenschaft, in alkalischer oder neutraler Lösung die leimgebenden Fibrillen unverdaut zu erhalten, Mucin dagegen aufzulösen. Nuclein, Horn und Amyloid werden vom Trypsin nicht angegriffen u. s. w. Ewald***) und Kühne***) haben die Trypsinverdauung zuerst in die histologische Technik eingeführt und über diese ihre sehr interessanten Untersuchungen kurz berichtet. Die Trypsinverdauung des Hyalinknorpels ergab, dass von den Zellen nur stark veränderte Kerne zurückblieben, welche aus Schnitten sehr leicht fortzuspülen waren. Die Grundsubstanz des Knorpels fand sich »erweicht und stellte ein eigenartig, undeutlich contourirtes, etwas körniges Netzwerk dar von dem Verhalten des Collagens«.

Ich habe die Trypsinverdauung nun ebenfalls auf den Haylinknorpel (Hund, Schaf, Mensch) angewandt und kann meine bereits früher angegebenen Resultate in jeder Beziehung bestätigen, ja noch wesentlich erweitern. Ich erhielt mittelst des Trypsin nach 20—24 Stunden oder nach 3—6 Tagen (je nach der Stärke der Verdauungsflüssigkeit) die deutlichste fibrilläre Structur des vorher homogenen Hyalinknorpels. Der faserige Bau wurde auch besonders deutlich und liessen sich die Faserbündel und einzelne Fasern sehr leicht durch Zerzupfen oder leichten Druck auf das Deckgläschen (Baber)

---

*) Baber. On the structure of hyaline cartilage. The Journal of anatomy and physiology 1875. Octbr.

**) Kühne, Verhandlungen des naturhist. med. Vereins zu Heidelberg Bd. I. 1876. Winter's Verlagshandlung.

***) Ewald und Kühne, Die Verdauung als histologische Methode. Verhandlungen des naturhist. med. Vereins zu Heidelberg Bd. I.

isoliren, wenn ich die mit Trypsin verdauten Präparate noch in 10 % Kochsalzlösung, Kal. hypermang., in Kalk- oder Barytwasser legte oder mit den Flüssigkeiten schüttelte. — Die Anordnung der Fasern sah ich in folgender Weise: die Fasern verlaufen entweder in paralleler Richtung oder sie bilden Schichten von rechtwinklig, spitz- oder stumpfwinklig sich kreuzenden Fasersystemen. Endlich erhält man eine sehr zierliche netzförmige Faseranordnung, oder aber die Fibrillen bilden ein eigenthümlich balkenartiges Geflecht, ähnlich wie es Ebner (ref. Centralbl. f. Chir. 1877. p. 84) auch für den Knochen beschrieben hat. Durch leichtes Zerren des Präparates, durch Druck auf das Deckgläschen etc. kann man, wie bemerkt, feinste Fibrillen, Fibrillenbündel isoliren. Die Fasern und Faserbündel anastomosiren sehr mannigfach mit einander. Die Knorpelzellen sind als Bindegewebszellen anzusehen, sie stehen zum faserigen Grundgewebe in keiner näheren Beziehung. Die von mir früher angenommene Kittsubstanz ist vorzugsweise Mucin, welches durch Trypsin gelöst wird. Von grossem Interesse ist, dass Morochowetz*) neuerdings gefunden hat, dass der Hyalinknorpel chemisch als ein Gemisch von collagenem und mucingebendem Gewebe anzusehen ist, dass das Chondrin in Wirklichkeit chemisch gar nicht existirt, sondern rein dargestellt dem Mucin identisch ist. — Fassen wir alles das nun zusammen, ich meine die histologischen und chemischen Untersuchungsresultate, so sind wir berechtigt zu sagen, dass der Hyalinknorpel als faseriges Bindegewebe anzusehen ist, dass er sich vom gewöhnlichen Bindegewebe nur durch den reicheren Gehalt an mucinöser Kittsubstanz und den Mangel von Gefässbahnen unterscheidet. Gefässbahnen resp. Saftcanälchen sah ich im ausgebildeten Hyalinknorpel nicht. Die Ernährung des letzteren findet wahrscheinlich durch Diffusion innerhalb der mucinösen Kittsubstanz statt. — Somit ist der bisher bestandene Unterschied zwischen Hyalinknorpel und Bindegewebe aufzugeben; ebenso wenig wird man die bisherige Eintheilung der einzelnen Knorpelarten als wesentlich bestehen lassen können. Die rein bindegewebige Natur des Hyalinknorpels ist in physiologischer und anatomischer Beziehung von hohem Interesse, so z. B. mit Rücksicht auf die Lehre von der Verknöcherung, vom Knochenwachsthum, von der Herkunft der Synovia, dann in pathologischer Beziehung mit Rücksicht auf die Erkrankungen des Knorpels u. s. w. Bezüglich der Verknöcherung ist die Thatsache von Wichtigkeit, dass Ebner durch seine schönen Untersuchungen (l. c.) nachgewiesen hat, dass auch der Knochen aus collagenen Fibrillen mit den Kalksalzen als Kittsubstanz zusammengesetzt ist.

Ich hoffe baldigst meine Untersuchungen detaillirter mittheilen zu können.

Leipzig, im Februar 1877.

---

*) Morochowetz, Zur Histochemie des Bindegewebes. Verhandlungen des naturhist. med. Vereins zu Heidelberg Bd. I. Hft. 5. Winter's Universitätsbuchhandlung, Heidelberg.

Dammann. Die Diphtherie der Kälber, eine neue, auf den Menschen übertragbare Zoonose.

(Deutsche Zeitschr. f. Thiermed. u. vergl. Path. Bd. III. p. 1—28.)

Auf einem pommerschen Gute waren im Winter und Frühjahr 1875/76 fast sämmtliche angebundenen Kälber, etwa 20 an Zahl, innerhalb der ersten Lebenswochen unter Krankheitserscheinungen gestorben, welche den Verdacht auf Diphtheritis nahelegten. Die Section zweier Kälber bestätigte denselben; ausgebreitete, zum Theil sehr tief gehende Nekrose der Schleimhaut der Wangen, der Zunge und des Gaumens; nekrotisirende Entzündungen in Nasenhöhle, Kehlkopf, Luftröhre und Darmcanal; ähnliche Zerstörungen im Klauenspalt beider Vorderfüsse; disseminirte käsige Herde in den Lungen und begleitende Pleuritis. Die Leber und die Nieren waren intact; die Milz nicht vergrössert. Die nekrotischen Massen bestanden in den oberflächlichen Schichten »fast nur aus dichten Haufen von Micrococcen«; die mittleren und tieferen Schichten enthielten ein dichtes Netz von feineren und gröberen Fibrinfäden, in dessen Maschen Rundzellen, Detritus und Micrococcen eingelagert waren. — Als charakteristische Symptome giebt Verf., abgesehen von den allgemeinen Krankheitserscheinungen, an: stärkeres oder schwächeres Speicheln aus dem Maule und Anschwellung einer oder beider Backen, spärlichen gelben oder grünlichgelben Ausfluss aus der Nase, ferner Husten und bisweilen auch anhaltenden Durchfall. — Der Tod erfolgte oft schon nach 4 — 5 Tagen, seltener erst nach 3 Wochen und dann gewöhnlich an concomitirender Pneumonie oder Pleuritis. —

Die Krankheit — »Kälberdiphtherie« — war auch contagiös. Ein vom Verf. mit 2 erkrankten Thieren zusammengesetztes gesundes Kalb erkrankte nach 5 Tagen an demselben Leiden. Ebenso erkrankte der Gutsinspector, welcher die Behandlung übernommen hatte, und später auch die Kuhmagd an einer Angina. — Da nun auf dem Gute Kälber, welche mit den Erkrankten in gar keine directe Berührung kamen, gleichfalls krank wurden, so glaubt Verf. auch ein flüchtiges Contagium (Miasma) annehmen zu müssen (wenn nicht etwa diesen Erkrankungen wieder die ursprüngliche, von der Oertlichkeit ausgehende Schädlichkeit zu Grunde liegt — Ref.).

Disponirt für die Krankheit sind nur Kälber in den ersten Lebenswochen. Niemals erkrankte ein älteres Stück, selbst bei der directesten Berührung nicht. »Man muss deshalb annehmen, dass die Epithelschicht der Maulhöhle älterer Thiere einen zu hohen Grad von Härte und Widerstandsfähigkeit besitzt, als dass die Micrococcen dieselbe zu penetriren vermögen.«

In 4 Versuchen wird gezeigt, dass die Kälberdiphtherie auch auf junge Lämmer übertragbar ist, und zwar durch Impfung diphtheritischer Massen sowohl in die Maulhöhle, als auch in die Cornea. Einnähen ähnlicher Massen in die Muskulatur von Kaninchen hatte Erschei-

nungen zur Folge, wie sie auch nach Einbringung diphtheritischer Membranen des Menschen beobachtet werden. Hieraus, sowie aus dem Umstande, dass 2 erwachsene Menschen, welche mit kranken Kälbern in Berührung gekommen waren, an Angina erkrankten, wird geschlossen, dass das Contagium der Kälber- und der Menschendiphtherie identisch sei. **A. Hiller** (Berlin).

A. Wertheimber. Zur Behandlung der Schlund-Diphtherie (Vortrag).

(Bair. ärztl. Intelligenz-Blatt 1877. No. 6. p. 55.)

Bei localer Anwendung von Salicylsäure in verschiedener Form, wie bei innerlicher Verabreichung von Natr. salicyl. sah Verf. keinen Erfolg, ebenso hat er die innerliche Verwendung des Kali chloric. aufgegeben. Dagegen lieferte die Borsäure in den neuesten 8 Fällen — bei Kindern von 4—9 Jahren — nach einander gute Resultate. Die Behandlung war folgende: Neben Eispillen und täglich 2—3 maliger Bepinselung der diphth. Plaques mit Acid. carbol. cryst. 1,0 auf je 10,0 Spir. vin. rect. und Glycerin wurde stündlich mit 3—4 % Borsäurelösung gegurgelt, resp. bei Nasenhöhlendiphtherie, oder bei kleineren Kindern kräftig ausgespritzt. Wird Borsäure in grösseren Mengen verschluckt und tritt Erbrechen ein, so setzt man das Mittel einige Zeit aus. Auf den Kehlkopf schritt das Uebel in keinem der Fälle fort. In allen 8 Fällen trat Genesung ein.

Mögling (Tübingen).

J. Guérin. Sur les mouvements de flexion et d'inclinaison de la colonne vertébrale.

(Bulletin de l'Academie de Médecine 1876. No. 39.)

Versuch und Beobachtung liessen F. zu folgenden Resultaten bezüglich der seitlichen Bewegungen der Wirbelsäule kommen:

Es giebt 1) eine Neigungsbewegung der gesammten Wirbelsäule gegen das Os sacrum; 2) eine Beugung derselben in der Höhe des 11. und 12. Rückenwirbels, oder eine Neigung des Dorsaltheils der Wirbelsäule gegen den Lendentheil; 3) eine Neigungsbewegung des gesammten Halstheils gegen den Rückentheil; 4) eine Neigung des Kopfes gegen die Halswirbelsäule, und endlich 5) eine seitliche Biegsamkeit im ganzen Verlauf der Wirbelsäule, die in der Sacro-Lumbal-, Lumbo-Dorsal- und Dorso-Cervical-Verbindung am stärksten ist und oberhalb jedes dieser 3 Puncte abnimmt.

Diesen Seitenbewegungen entsprechen natürlich besondere articuläre und motorische Einrichtungen der Wirbelsäule, welche G. später zu beschreiben gedenkt. Unter dem Einflusse bestimmter Schädlichkeiten werden, wie Verf. andeutet, Anomalien jener Beweglichkeit die Quelle bestimmter seitlicher Verkrümmungen der Wirbelsäule. **A. Hiller** (Berlin).

W. Keen. On the danger attending the use of opium in Bright's disease, illustrated by a case of opium-poisoning.

(Philadelphia med. times 1877. No. 238.)

Eine »Wahrsagerin« gab in verbrecherischer Absicht einem anscheinend gesunden und kräftigen Manne von 47 Jahren nach mässigem Excess in baccho et venere Nachts um 1 Uhr Morphium (etwa 0,03—0,12). Nach $3^1/_2$ Stunden trat Benommenheit und kurz darauf Bewusstlosigkeit ein. Trotz mehrfacher subcutaner Einspritzung von Atrop. sulph. zu je 0,001—0,002 Grm. pro dosi wurde blos eine vorübergehende Besserung des Allgemeinbefindens erzielt. Der mittelst des Katheters entleerte Urin enthielt ein wenig Albumen und eine Spur Morphium. Das Coma nahm zu, und Nachts um 2 Uhr trat der Tod ein. Die Section ergab Hirncongestion und chronische interstitielle Nephritis in vorgerücktem Stadium. Im Magen und Darm fand sich kein Morphium.

Dickinson (on Albuminuria p. 162) erwähnt einen Fall, wo bei morbus Brigthii nach 0,3 pulv. Doweri Coma eintrat. Roberts (Urinary and renal diseases. Americ. ed. p. 350) sah bei derselben Krankheit nach »einigen Tropfen Laudanum« Coma und Tod folgen. K. glaubt versichern zu können, dass im obigen Falle Atropin, das beste Antidot gegen Morphium, den Patienten gerettet haben würde, wenn seine Nieren gesund gewesen wären. Er räth in verzweifelten Fällen bis zu 0,004 Atropin auf einmal zu injiciren.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

P. Vogt. Beitrag zur Neurochirurgie. Nervennaht, Nervenlösung und Nervendehnung.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. VII. p. 144.)

1. Die Nervennaht.

Ein 19jähriger Bursche hatte sich durch Fall auf einen Porzellanscherben am Vorderarme, 3 Ctm. oberhalb der Handgelenklinie, eine querverlaufende Wunde beigebracht. Die angeschnittene Art. radialis wurde doppelt unterbunden, die $1^1/_2$ Ctm. von einander entfernten Stümpfe des durchtrennten Nerv. medianus durch eine Catgutschlinge, welche durch das Bindegewebe hinter dem Nerven gelegt wurde, in möglichst genaue wechselseitige Berührung gebracht, und die Hand in Volarflexion fixirt. Die Sensibilität, welche im Verbreitungsbezirke des N. medianus in der Hand herabgesetzt, aber nicht aufgehoben war, wurde innerhalb 14 Tagen normal. Nach 8 Wochen wurde die Daumenmuskulatur normal functionirend gefunden, ebenso war die Sensibilität normal, nur an einer ein Markstück grossen Hautstelle unterhalb der Narbe, entsprechend dem Gebiete des Ramus palmaris, war dieselbe vermindert.

Versuche an Thieren ergaben, dass die fettige Degeneration der Stümpfe des durchtrennten Nerven, auch wenn man die indirecte

Nervennaht angelegt hat, eintritt, jedoch nach scharfer Durchtrennung des Nerven in geringerer Ausdehnung, als bei gleichzeitiger Quetschung.

Die bei directer Nervennaht umschnürte Partie der Nerven degenerirt.

Es würde sich darum empfehlen, bei gequetschten Wunden erst die gequetschten Nervenenden scharf abzutragen, und dann durch indirecte Naht (je eine Catgutschlinge vor und hinter dem Nerven durch das benachbarte Bindegewebe) zu vereinigen. Bei dicken Nerven würde auch die directe Naht, mit feinstem Materiale ausgeführt, nur eine geringe Schädlichkeit setzen.

2. Die Nervenlösung und Nervendehnung.

Fall 1. Lösung des Plexus brachialis aus einer Callusmasse durch Resection des Oberarmes. — Bei einem Mädchen von 11 Jahren war nach einem mangelhaft behandelten Splitterbruch am Collum chirurg. humeri eine Pseudarthrose, rechtwinkelige Contractur im Ellenbogengelenke und vollständige sensible und motorische Lähmung der Extremität vom Ellbogen (Linea intercondylica) nach abwärts zurückgeblieben. Es wurde das obere Ende des Humerus in einer Länge von 9 Ctm. resecirt, und der mit dem Periost innig verwachsene Plexus brachialis freigemacht. Die Wunde heilte schnell, und unter electrischer Behandlung erfolgte bald Besserung der sensiblen und motorischen Lähmung, doch entzog sich die Patientin der weiteren Behandlung, worauf nicht nur keine weitere Besserung mehr eintrat, sondern auch das schon Erreichte wieder verloren ging.

Fall 2. Subcutane Lösung einer Vorderarmnarbe vom Nerv. ulnaris. Mädchen von 22 Jahren. Die Narbe rührte von einem Schnitt her, verlief quer und war mit den Flexorensehnen verwachsen. Wegen Parese im Bereiche des N. ulnaris und theilweise auch des N. medianus wurde die Hautnarbe mit dem Tenotom subcutan von den darunter liegenden Theilen gelöst, worauf sich zusehends die Function der Hand besserte, nur die M. interossei, welche vor der Operation auf den electrischen Strom gar nicht reagirt hatten, blieben gelähmt.

Fall 3. Loslösung und Dehnung des in eine Narbe am Vorderarme eingewachsenen N. ulnaris; Wiederherstellung der lange gestörten Function der rechten Hand. —

Eine dicke Narbe quer am Vorderarme verlaufend, hemmte durch Verwachsung mit den Beugesehnen die Bewegungen des 4. und 5. Fingers, und veranlasste durch Verwachsung mit dem N. ulnaris bei jeder Bewegung heftigen, in diese beiden Finger ausstrahlenden Schmerz. Nach Lösung des N. ulnaris aus der Narbe und ausgiebiger Dehnung desselben verschwanden alle diese Störungen dauernd. Verf. suchte der Frage nach der Art der Einwirkung der Nervendehnung experimentell näher zu kommen, indem er durch um Nerven gelegte Catgutschlingen stringirende Narben zu erzeugen suchte, deren Wirkungen dann durch Dehnung des Nerven behandelt werden sollten. Diese Versuche sind nicht abgeschlossen. Verf. räth, klinisch

die Nervendehnung versuchsweise der Neurectomie zu substituiren oder sie mit dieser zu combiniren. (Vergl. auch die Mittheilung von P. Vogt im Centralbl. f. Chir. 1876. p. 625. — Red.)

Gersuny (Wien).

W. S. Watson. A case of spasmodic contraction of the forearm and hand treated by excision of portions of the median and ulnar nerves.

(British med. Journal 1876. Vol. II. p. 791. [Royal med. and chir. Soc.])

Ein 19jähriges Mädchen, seit dem 9. Monate an sogenannter infantiler Paralyse erkrankt, hatte Contractur des Fuss- und des Handgelenkes zurückbehalten, wurde weiterhin durch heftige schmerzhafte Krämpfe in den Vorderarm-Muskeln geplagt, die den Schlaf verscheuchten und dadurch die Kräfte hochgradig erschöpften. Sehnendurchtrennungen der Mm. biceps, flex. carpi rad. und ulnar., des m. palmar. long. etc. hatten lediglich die Haltung der Hand gebessert. Erst eine Excision aus dem N. median. minderte die krampfhaften Zuckungen und setzte die fast um 2° erhöhte locale Temperatur herab. Da aber die tiefgelegenen Adductoren und Flexoren noch immer in spasmodischen Bewegungen verharrten, so wurde noch eine Excision des N. ulnaris mit Erfolg ausgeführt. Nach einem Jahre noch bestand Schmerzlosigkeit. Die Kräfte hatten sich ausserordentlich gehoben. Bei dem operativen Eingriffe leitete die Voraussetzung, dass der central erkrankte Herd durch die andauernde peripherische Erregung zu neuer Reizung geführt werde. In der Discussion vertritt Nunn die Ansicht, dass Nervendurchschneidung, Hulke, dass Nervendehnung zur Heilung ausgereicht haben würde. Gegen Nunn spricht Paget nach den Erfahrungen Mitchell's für die Excision.

Pils (Stettin).

Mikulicz. Ueber das Rhinosclerom (Hebra). Nebst Tafel.

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 3. p. 485.)

Verf. hatte Gelegenheit zwei ausgeprägte Fälle von Rhinosklerom auf der Klinik von Billroth zu beobachten und genau zu untersuchen. Bei dem ersten Falle bestand die Erkrankung bereits 16 Jahre und es waren bedeutende Functionsstörungen aufgetreten in Folge von Infiltration der Lippen und der Mundwinkel mit consecutiver Verengerung des Mundes, welche die operative Entfernung eines Theiles des entarteten Gewebes nothwendig machten und eine Stomatoplastik erforderten. 8 Monate nach der Operation waren Nase, Mund und Umgebung nicht in höherem Grade verändert.

Der zweite Fall war weniger weit vorgeschritten, und betraf eine Frau, die schon seit $4^1/_2$ Jahren im Wiener allgemeinen Krankenhause in Behandlung gewesen war und von Kaposi, sowie auch von Geber beschrieben wurde (Archiv für Dermatologie 1872. p. 493).

Auch hier exstirpirte **Billroth** einen Theil der Geschwulst und deckte den Defect durch plastische Operationen, doch hat die Krankheit in diesem Falle rascher Fortschritte gemacht als im ersten, und der Erfolg der Operationen war nur ein kurz dauernder.

M. gelangte bei seinen makroskopischen und mikroskopischen Untersuchungen der erkrankten Partieen zu folgenden Resultaten.

Das Rhinosklerom ist ein chronischer, äusserst langsam verlaufender Entzündungsprocess, der mit kleinzelliger Infiltration beginnt. Je nach der Intensität der Infiltration erscheint das Rhinosclerom als einfache Induration oder in Form grösserer oder kleinerer höckeriger Wucherungen. Die erkrankten Theile sind braunroth, knorplig hart, scharf begrenzt. Der Zerfall der Rundzellen findet spät und ganz allmälig statt; zum Theil wandeln sich die Rundzellen in Bindegewebe um. Eigentliche Zerstörungen kommen fast nie, und, wenn sie beobachtet werden, nur ganz oberflächlich vor. Der Process beginnt im Innern der Nasenhöhle, vielleicht auch des Nasenrachenraumes, schreitet nach dem Rachen und der äusseren Nase vor. Ein Zusammenhang mit Syphilis ist wahrscheinlich.

Sonnenburg (Strassburg i/E.)

Szokalski. Ueber den jetzigen Standpunct der Lehre vom Herpes Zoster ophthalmo-facialis.

(Medycyna 1877. No. 1, polnisch.)

Die Krankheit ist ziemlich selten, so dass bis jetzt nicht mehr als 150 wohl beobachtete und beschriebene Fälle bekannt sind. — Als Vorläufer treten immer Neuralgien auf — ein diagnostisches Moment in diesem Stadium gegen Erysipel. — Am 3. oder 4. Tage zeigen sich erst kleine Bläschen, und zwar an der Stirn längs des n. frontalis, supratrochlearis oder lacrymalis; an der Nase, wenn der n. nasociliaris, und selbst am Gesichte, wenn der n. maxillaris sup. erkrankt ist. In den meisten Fällen ist die Conjunctiva geschwollen; aber in 67 % der Fälle fand man stärkere Affectionen des Augapfels: Iritis, purulente Exsudate in der vorderen Kammer und tiefe Hornhautverschwärungen. Es wurde auch Hautgangrän und in Folge dessen Ectropium beobachtet; — am seltensten fanden sich Paralysen im Bereich des n. oculo-motorius. Das Stadium prodromorum dauert zwischen 12 Stunden und 1 Monat — die Krankheit selbst gegen 15 Tage und die besonders bei älteren Individuen auftretenden Neuralgien selbst mehrere Jahre. Aeltere und männliche Individuen erkranken häufiger; die Krankheit erscheint öfters auf der linken Seite, höchst selten beiderseitig. Eine nicht ungefährliche Complication bildet die Orbitalphlebitis; sie wurde auch in dem **Wyss**'schen Falle als Todesursache bei der Section nachgewiesen. Im anderen Falle fand **Weidner** Veränderungen im Trigeminus und im Ganglion Gasseri. Die Krankheit kehrt an derselben Stelle nie wieder.

Obaliński (Krakau).

Schnitzler. Zur Diagnose und Therapie der Laryngo- und Tracheostenosen.

(Wiener Klinik Jahrgang III. Hft. I.)

Ein 54 Jahre alter Eisenbahnbeamter suchte im Juli 1875 Hülfe in der allgemeinen Wiener Poliklinik. Er gab an, nach einer Erkältung plötzlich fast ganz stimmlos geworden zu sein und bald darauf bedeutende Athembeschwerden bekommen zu haben. Bei der Inspection der Mundhöhle erblickte man beim Niederdrücken der Zunge eine Geschwulst tief im Schlunde und zwar an der rechten hinteren Rachenwand, welche sich elastisch anfühlte. Der Kehlkopf war von rechts nach links und von hinten nach vorn verschoben. Ob die dabei vorhandene Unbeweglichkeit der Aryknorpel gleichfalls durch die Geschwulst hervorgerufen wurde, war nicht mit Sicherheit zu behaupten. Die Stimmritze war sehr verengt und erweiterte sich kaum selbst bei der tiefsten Inspiration.

Bei der Unsicherheit der Diagnose beschloss man zunächst die Stenose mittelst des Katheterismus zu behandeln. Nach einigen Monaten trat Besserung ein. Dann aber stellte sich unerwartet ein Collaps ein, ohne dass die Athembeschwerden sehr zugenommen hatten. Pat. starb nach wenigen Tagen unter Erscheinungen der allgemeinen Schwäche.

Da die Autopsie in der Wohnung gemacht werden musste, so konnten einige Details, namentlich das Verhalten der Geschwulst zu Vagus und Recurrens nicht mit der gehörigen Genauigkeit erforscht werden. Die Autopsie ergab: Stenosirung des Pharynx, Oesophagus, Larynx und der Trachea durch einen accessorischen Schilddrüsenlappen; Fettdegeneration des Herzfleisches, Hyperämie und Oedem der Lungen.

Was das plötzliche Anwachsen dieses wohl schon früher vorhandenen accessorischen Schilddrüsenlappens bedingt hat, ist schwer zu sagen; die übrige eigentliche Schilddrüse war nicht erkrankt. Die Ausführung der Tracheotomie in diesem und in ähnlichen Fällen glaubt S. nicht befürworten zu können.

Es folgt eine Besprechung der oft schwer zu stellenden Diagnose über den Sitz der Stenose. Hier vermag in den meisten Fällen erst der Kehlkopfspiegel den wahren Sitz des Leidens zu zeigen. Es werden sodann die Compressionsstenosen näher besprochen, sowie die mannigfachen dabei auftretenden Erscheinungen.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

H. Butlin. On the minute anatomy of two breasts, the areolae of which had been the seat of long standing eczema.

(Lond. med.-chir. Transact. p. 59—107.)

Mit Rücksicht auf den von Paget angegebenen Zusammenhang zwischen Eczem der Brustwarze und nachfolgendem Carcinom hat B. 2 Brüste untersucht, die lange Zeit der Sitz eines hartnäckigen Eczems

gewesen waren. Im 2. Falle hatte sich sogar eine deutliche Härte im oberen Theile der Brustdrüse entwickelt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab in beiden Fällen:

1) Rete Malpighi an den Stellen des Eczems gewuchert und verdickt; das Corium und das subcutane Bindegewebe mit kleinen Rundzellen reichlich erfüllt; die Milchgänge erweitert, nicht mit normalem Cylinder-Epithel, sondern mit platten Zellen ausgekleidet. Einige Gänge waren mit solchen Zellen vollkommen angefüllt. Diese Veränderungen fanden sich rings um die Brustwarze herum.

In dem 2. Präparate waren ferner an den indurirten Stellen die Acini vergrössert und durch interstitielle Wucherung auseinandergerückt.

Hieraus schliesst B., dass eine Carcinom-Bildung in diesen Brüsten nicht anzunehmen sei, dagegen sei die Alteration in Folge des Eczems tiefergreifend, als man von vornherein erwartet hätte. 10 Zeichnungen illustriren die Befunde. Pils (Stettin).

Hadlich. Ueber operative Behandlung der Bauchbrüche. (Nebst Tafel und Holzschnitten.)

(Vortrag gehalten auf dem V. Chirurgen-Congress 1876.)

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 3. p. 568.)

Die immerhin nach Ovariotomieen selten auftretenden Bauchbrüche wurden in der Heidelberger Klinik kurze Zeit nacheinander zweimal beobachtet und gaben Simon Gelegenheit, ein neues Operationsverfahren zur Beseitigung derselben anzuwenden. — Wenn man einen derartigen Bruch der linea alba gegen das Innere der Bauchhöhle zurückstülpt, so bekommt man eine Höhle mit weitem schlitzförmigen Eingang. Es kommt nun darauf an, diesen Eingang fest und dauernd zu verschliessen, der Sack selber wird zwar dadurch nicht beseitigt, er kann aber dann nicht mehr prolabiren.

Zu dem Zweck macht man den die Ränder des Schlitzes umgebenden Theil der Bauchwand in einer Breite von etwa 2 Ctm. wund, und dringt dabei bis auf das tiefere fettärmere subcutane Bindegewebe. Diese neu gesetzten Wundflächen stossen an ihrem oberen und unteren Ende unter spitzem Winkel zusammen. Die Anfrischung kann man besser bei herausgetretenem Bruch vornehmen. Es wird dann eine dreifache Naht angelegt. Zuerst werden die inneren (später hinteren) Cutis-Ränder durch oberflächliche Naht vereinigt, wobei die Fadenenden nach der Höhle hin zu liegen kommen. Dort werden sie geknotet und kurz abgeschnitten. Die nunmehr übrig bleibende Wundfläche, aus zwei unter stumpfem Winkel zusammenstossenden Seitenhälften bestehend, wird durch tiefe und oberflächliche Naht vereinigt. Zur Entspannung ist es zweckmässig, zwei Seitenschnitte durch Haut und Unterhautzellgewebe zu machen.

In dem ersten Falle waren allerdings 4 Operationen nöthig, um einen Erfolg zu erlangen. Vielleicht trug hier das jedes Mal nach der Narkose bei der Patientin auftretende heftige und häufige Erbrechen zu diesen theilweisen Misserfolgen etwas bei. Bei dem zweiten Falle gelang es, schon durch die erste Operation das Ziel vollständig zu erreichen.

Empfehlenswerth ist es, die Patientinnen nach ihrer Heilung eine recht gute, feste Bandage tragen zu lassen (Blechschild mit Lederpolsterung). Ferner ist es gut, gleich im Anfange für die Entleerung der in dem zurückgestülpten Sacke sich anhäufenden Eiter- und Secret-Massen, durch Anlegung einer kleinen Oeffnung am unteren Ende Sorge zu tragen.

Die Narben zeigten eine recht derbe, gute Beschaffenheit; nach beinahe einem Jahre waren sie noch eben so straff als im Anfange.

Dieses Operations-Verfahren dürfte sich vielleicht auch bei grossen Nabelbrüchen empfehlen. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Verneuil. De la léthalité des fistules vésico-vaginales.

(Annales de Gynécologie 1877. Janv. p. 1—33.)

V. geht von der in den letzten Jahren bemerkbaren Reaction gegen die blutige Operation der Blasenscheidenfistel aus, welche hauptsächlich bei belgischen und italienischen Autoren ihre Stütze fand. Bei der Vertheidigung der unblutigen Verschliessungsmethoden berief man sich einerseits auf die technischen Schwierigkeiten der blutigen Operation, andrerseits auf die damit verbundenen Gefahren. In der That würden die letzteren nach V. zumeist in optimistischer Weise unterschätzt, da die Statistik fehle.

V. selbst hat nach ungefähr (?) 80 Operationen 5 tödtliche Ausgänge und 2 Mal lebensgefährliche Erkrankungen (Erysipel, Embolie) beobachtet, abgesehen von einer Reihe recht bedrohlicher Erscheinungen seitens der Unterleibsorgane. Der Tod trat in Folge von Peritonitis 1 Mal nach 48 Stunden, 1 Mal am 3., 2 Mal am 8. und 1 Mal am 22. Tage nach der Operation, im letztgenannten Fall 11 Tage nach Entfernung der Nähte ein.

1 Mal erfolgte Abort (2. Monat) am 4. Tage nach der Operation, nachdem die vorbereitende Dilatation der narbig stenosirten Vagina eine diphtheritische Vulvo-Vaginitis erzeugt hatte, welche an sich auf die Schwangerschaft von keinem störenden Einfluss gewesen war. — Von Richet wird ein Fall von tödtlicher Peritonitis suppurativa nach einer Specularuntersuchung einer Blasenscheidenfistel citirt und daran die Erzählung eines ähnlichen geknüpft, in dem V. zwei Tage lang sehr alarmirende Symptome in Folge einer protrahirten Untersuchung mit dem Speculum beobachtete, welche etwa 3 Wochen nach der nicht ganz gelungenen Fisteloperation vorgenommen wurde.

Gegen die Erklärung der Todesart in den einzelnen Fällen lassen sich mehrfache Einwendungen machen, namentlich die, dass die

Möglichkeit des infectiösen Ursprungs der Peritonitis nicht berücksichtigt ist. Für Observ. III liegt es entschieden näher, die foudroyante Peritonitis auf diese zurückzuführen, als darauf, dass die Operirte sehr fett und anämisch war.

Am Schluss wird dringend zu häufigerer Untersuchung und Veröffentlichung der ungünstig abgelaufenen Fisteloperationen aufgefordert.

Löhlein (Berlin).

G. G. Bantock. On the treatment of rupture of the perineum.

(The obstetr. Journal of Great Britain 1877. January. p. 655—668.)

B. verwirft die häufig übliche Eintheilung der Dammrisse. Es komme wesentlich darauf an, ob nur die Schleimhaut und die Haut oder ob der Dammkörper völlig oder theilweise zerrissen sei. Ist letzteres der Fall, so muss sofort nach der Entbindung die Vereinigung durch die Naht vorgenommen werden. Die von Moses (New-York) gegen die sofortige Operation gemachten Einwürfe werden energisch zurückgewiesen, namentlich mit Berufung auf die Erfahrungen der deutschen Kliniker.

Bezüglich der Spätoperation der Dammrisse räth B. für die Anlegung der tiefen Nähte statt des spröden Silberdrahts, silkwormgut vom stärksten Kaliber zu verwenden; für die ins Rectum fallenden Nähte empfiehlt er Lister's Catgut.

Bezüglich der Nachbehandlung spricht sich B. entschieden gegen den Gebrauch alkoholischer Stimulantien aus, dagegen hält er Opium für ein vortreffliches Mittel, um die Reizbarkeit herabzusetzen, Blutungen zu verhüten und den Heilungsprocess zu fördern.

Löhlein (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Wassak. Das milchsaure Natrium als schlafbringendes Mittel.

(Medycyna 1877. No. 2. polnisch.)

Subcutane Injectionen von 1 Grm. einer (1:2), (3:2) und (2:1) Lösung des genannten Mittels brachten in keinem der Versuchsfälle den erwünschten Erfolg; im Gegentheile erwiesen sich die stärkeren Lösungen wegen der starken Schmerzhaftigkeit sogar störend. Abscesse wurden nicht beobachtet. Das in Zuckerwasser innerlich (12—30 Grm.) gereichte Mittel brachte nur in einem einzigen Falle für ein paar Stunden dauernden Schlaf. In den anderen 19 Fällen wirkte es nicht, rief aber unangenehme Nebenwirkungen, wie: Erbrechen, Durchfall etc. hervor.

Obaliński (Krakau).

Bardenheuer. Ueber Pilocarpium muriaticum.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 1.)

Verf. hat im Cölner Bürgerhospital, wo zuerst ausgiebige Versuche mit Jaborandi stattfanden, das Alcaloid aus diesen Blättern, das Pilocarpium angewandt und kann die von A. Weber gemachten Erfahrungen darüber bestätigen. Das Mittel ist ein starkes Diaphoreticum und Sialagogum. In zweiprocentiger salzsaurer Lösung subcutan angewandt, bringt es schon nach 3 Minuten einen Effect hervor. Unangenehme Nebenwirkungen scheinen zu fehlen. (cf. Centralbl. f. Chir. 1876. p. 824.)

v. Mosengeil (Bonn).

Riemslagh. Rhumatisme articulaire. — Traitement par le cyanure de Zinc.

(Arch. méd. belges 1876. Novembre.)

Bei rheumatischer Polyarthritis hat R. vom blausauren Zink (ZnCN) zu 0,01 Grm. 3—5 mal täglich gegeben, in einigen Fällen Erfolge gesehen, in anderen nicht. **A. Hiller** (Berlin).

Merkel. Die Knochenoperationen in der Privatpraxis.

(Aerztl. Intelligenz-Blatt 1876. No. 42. p. 433.)

Aus dem zwanzig Operationen an Knochen umfassenden Bericht mögen folgende Fälle hervorgehoben werden.

Fall 10. Rhachitische Infraction des rechten Vorderarms, 3 Ctm. unter dem Ellenbogen, mit Winkel von 80°, bei einem Kind von 2 Jahren. Osteotomie mit Excision zweier Keile aus Ulna und Radius und Brechung des Restes. Drainage und Hautnähte. Gypsverband. Lister. Vollkommene Heilung in 6 Wochen.

Fall 11 und 12. 2 totale Ellenbogengelenksresectionen. Erster Fall gab einen functionell sehr befriedigenden Erfolg. Der zweite Fall entzieht sich der Behandlung.

Fall 15. Luxation des linken Talus. Exstirpation des Talus, später Resection des cariösen malleolus ext. Heilung. Verkürzung ½ Ctm. Keine Gebrauchsstörung.

Fall 18. Totale Kniegelenksresection wegen fungöser Gonitis bei einem Knaben von 4 Jahren. Protrahirte Heilung erst nach 9 Monaten. Keine knöcherne Vereinigung, doch guter Gang. **Mögling** (Tübingen).

Kolaczek. Ein merkwürdiger Fall circumscripter Hautatrophie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 32.)

Ein 20jähriges Mädchen war als Kind von 11 Jahren mit der Stirne gegen eine Ofenecke gefallen, ohne sich jedoch eine Wunde zuzuziehen. Nach etwa 2 Jahren bildete sich an der rechten Stirnhälfte ganz nahe der Mittellinie ein länglicher gelblicher Fleck, welcher sich im Laufe der folgenden Jahre unter allmäliger Vertiefung der davon betroffenen Haut senkrecht nach oben und unten gegen den Orbitalrand fortsetzte. K. constatirte vom rechten Supraorbitalrande ausgehend eine nach oben bis zur Kranznaht verlaufende Furche von 13 Ctm. Länge. Sie begann unten schmal, 0,5 Ctm. breit und etwa 0,3 Ctm. tief, wurde nach oben seichter und breiter (etwa 2 Ctm.). Die darüberliegende Haut war atrophisch, die Furche liess sich auch im Knochen selbst constatiren. Die Sensibilität war vermindert. Die anatomische Lage der Furche entsprach dem Verlauf der Stirn-Arterie und Vene, sowie dem medialen Zweige des Frontalnerven. Verf. lässt es dahingestellt, ob die die Atrophie hervorrufende Läsion den Nervenast im Ganzen oder nur die in der Arterienwand eingebetteten vasomotorischen Zweige getroffen hat und ob Letzteres zur Erzeugung einer Atrophie genügt. — W i l s o n beobachtete 2 Fälle von Atrophia neurotica. Beide betrafen junge Männer, von denen der eine nach einem Schlage gegen die Stirn dem Supraorbitalnerven entsprechend eine weisse Linie in der Haut behielt, welche nach einigen Jahren in eine Furche mit Anästhesie sich verwandelte. Bei dem anderen entwickelte sich die gleiche Atrophie nach heftigem Niessen. **Tillmanns** (Leipzig).

Podratzky. Ueber Schädelverletzungen.

(Vortrag, gehalten im wissenschaftlichen Verein der k. k. Militärärzte in Wien am 14. October 1876.)

(Militärarzt 1876. No. 21 u. 22.)

Verf. erwähnt einen früher von ihm mitgetheilten Fall eines Studenten, der einen Pistolenschuss in die Stirn erhielt, wo die Kugel das Hirn bis zur gegenüberstehenden Schädelwand durchbohrte, der Pat. aber genas. Ferner demonstrirt P. einen Schädel, an welchem sehr bedeutende Verletzungen durch einen Säbelhieb

zu constatiren sind. Ausser vorübergehender Aphasie und Stottern hatte sich Pat. durchaus wohl gefühlt und auf seine Entlassung gedrungen. Von einem Spaziergange, bei welchem er wohl Branntwein getrunken, zurückgekehrt, ging jetzt der Kranke an einer Meningitis schnell zu Grunde. **v. Mosengeil** (Bonn).

Richardson. Pigmentary deposit in mammary cicatrix.

(Bost. med. and surg. Journal 1876. Vol. II. p. 590.)

Wenn man sich schon hüten muss, Mamma-Abscesse nahe der Brustwarze zu incidiren, um keine Milchgänge unnützer Weise zu eröffnen, so mahnt weiterhin die hässliche und unregelmässige Pigmentirung der Narbe davon abzustehen. R. sah eine junge Frau, welche eine stark pigmentirte Narbe zeigte, nach einer Incision im oberen Theile der Areola und nach einer zweiten, die $1/2''$ innerhalb der Areola lag und einen weiteren halben Zoll dieselbe nach unten überschritt. Dieselbe bildete gewissermassen eine vorspringende Zacke des Warzenhofes. R. räth deshalb in entsprechenden Fällen ausserhalb des Warzenhofes subcutan einzugehen und dem Eiter einen Ausweg zu schaffen. **Pilz** (Stettin).

Jacobs. Ein durch spontanen Durchbruch nach Aussen geheiltes Empyem.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 31.)

Der spontane Durchbruch erfolgte zwischen der 4. und 5. Rippe der rechten Seite in der linea axillaris, nachdem sich eine wallnussgrosse, braunrothe, weiche und bei Druck schmerzhafte Geschwulst gebildet hatte. Husten, Auswurf, Fiebererscheinungen nahmen unter Anwendung einer allgemein roborirenden Behandlung, mit örtlicher Application von Cataplasmen und Drainageröhren u. s. w. allmälig ab. Nach 3 Monaten war die 23jährige Pat. geheilt. — In einem anderen Falle mit Pleuro-Pneumonie und Empyem machte J. die Thoracocentese. Die Oeffnung schloss sich nach 2 Monaten, brach aber 4 Wochen später wieder auf und es ergab sich Caries der 5. und 6. Rippe. Die Fistel schloss sich nicht wieder; nach $1/2$ Jahre erfolgte der Tod durch »Lungenschwindsucht«.

Tillmanns (Leipzig).

R. Stiehler. Eine seltene Operation.

(Vierter Jahresbericht des Annaberg-Buchholzer Vereins für Naturkunde. Annaberg 1876.)

Ein 1jähriges Kind verschluckte eine $10^1/_2$ Ctm. lange, mit einer kugeligen Glaskuppe ($8^1/_2$ Mm. im Durchmesser) versehene Häkelnadel, ohne dass in den nächsten 8 Tagen irgend welche besondere Krankheitssymptome aufgetreten wären. 8 Tage nach dem Unfall wurde St. gerufen; er fühlte die Spitze der Nadel etwa $2^1/_2$ Ctm. links und unten von dem Schwertfortsatze des Brustbeins direct unter der Cutis. St. machte sofort einen Schnitt durch die Haut, wobei sich ein Tropfen Eiter entleerte und wodurch die Nadel mit einer gewissen Gewalt mehrere Ctm. weit sich hervordrängte. Der an der Nadel befindliche Glasknopf setzte der weiteren Extraction Schwierigkeiten entgegen. St. versuchte die möglichst weit hervorgezogene Nadel vor dem Glasknopf mit einer Zange abzuzwicken, in der Hoffnung, dass letzterer sich durch dem Darmcanal entleeren werde. Da dies wegen zu grosser Härte resp. Dicke der Nadel nicht gelang, so entschloss sich St. die Wunde zu erweitern, um so mehr, als Verf. mit Rücksicht auf den vorhandenen Eiter eine partielle adhäsive Entzündung sowie dadurch bedingte Verklebung der vorderen Magenwand mit der Innenfläche der Bauchwand voraussetzte. St. ging mit der Spitze eines Bistouris längs der Nadel bis auf den Glasknopf ein, erweiterte die Magenwunde und extrahirte die ganze Häkelnadel. In dem Augenblick als der Knopf durch die Wunde glitt, drückte St. letztere mit der Fingerspitze fest zu, legte eine Hautnaht an und applicirte einen Heftpflaster-Verband. Heilung per primam ohne besondere Symptome. Das Kind erfreute sich noch nach 1 Jahre der besten Gesundheit. **Tillmanns** (Leipzig).

A. Branca. Ovariotomia.

(Correio med. de Lisboa 1877. No. 1.)

Der Fall betraf eine 27jährige, seit 4 Jahren verheirathete Frau von schwarzer Hautfarbe aus der Provinz Badajoz. Die Exstirpation der monoculären Eierstockcyste geschah am 6. September 1876. — Ein grosses Stück adhärenten und blutreichen Netzes wurde mit entfernt. Ausserdem mussten noch ein paar Adhäsionen getrennt werden. Im Ganzen hielt sich B. an die von Koeberle gegebenen Vorschriften. Fieber trat nur vorübergehend, 14 Tage nach der Operation auf. Peritonitische Erscheinungen fehlten gänzlich. Am 2. October befand sich Pat. bereits in voller Reconvalescenz. **Ullersperger** (München).

Siredey. Estiomène de la vulve.

(Annales de Gynécologie 1876. Nov.)

Ein 29jähriges Mädchen, seit dem 17. Jahr menstruirt, lebte die letzten Jahre, mit kurzen Unterbrechungen, als puella publica, und bemerkte zuerst vor 8 Monaten kleine, mit Wasser gefüllte, ausserordentlich heftig juckende Bläschen auf beiden Schamlippen, in Folge deren Aufkratzen die linke Schamlippe auf das doppelte anschwoll. Viel bedeutender ist die linke kleine Lippe Elephantiasis ähnlich hypertrophirt und mit zahlreichen rothen Warzen und Excrescenzen besetzt. Auf der rechten Seite sind diese Verhältnisse geringer entwickelt.

Die untere Scheidenpartie ist mit derben Geschwüren bedeckt. Das collum uteri klein, conisch, beweglich. An den Genitalien keine Schmerzen. Das Gehen nur ist sehr behindert. Die rechte Seite des mons veneris sehr ödematös.

Die Behandlung bestand innerlich, neben guter Ernährung, in Jodeisen, äusserlich in Aetzung der Vulvageschwüre mit Jodtinctur und später mit Chromsäure. Besserung trat jedoch erst ein, nachdem die Geschwüre 2 mal täglich mit Jodoform verbunden wurden.

Die Geschwülste der Schamlippen verkleinerten sich dabei ziemlich auf die normale Grösse. In der Vulva bildete sich eine starke Narbe, welche längere Zeit noch nässte und Intertrigo unterhielt. Verf. glaubt noch Huguier's Vorgang dieser Affection den Namen Estiomène vulvaire hypertrophique geben zu müssen.

Leopold (Leipzig).

Chardin. Myo-myxôme de la grande lèvre.

(Société anatomique; séance du 5. mars 1876. Progrès médical 1876. No. 38.)

Eine 35jährige Frau, die immer regelmässig menstruirt, nach mehreren normalen Geburten 2 todte Früchte zur Welt gebracht hatte, bemerkte im September 1875 (im 2. Monate einer neuen Schwangerschaft) einen kirschgrossen, beweglichen, nicht schmerzhaften Tumor in der Mitte der linken grossen Schamlippe. Rasches Wachsthum. Im Februar 1876 hühnereigrosse, resistente Geschwulst; Farbe röther als die Umgebung; auf der Oberfläche einige Venen sichtbar; bedeckende Haut nicht verschiebbar; an der Innenseite ungefähr frankgrosse Ulceration. Anfang März Probepunction: die Beweglichkeit des Troikarts liess an flüssigen Inhalt denken. Aus der Kanüle kam ein Tropfen Blut, nach dem Herausziehen derselben flossen ungefähr 100 Grm. Blut aus der Wunde. In den ersten Tagen des April mehrere kleine Blutungen aus den ulcerirten Bedeckungen. In der Nacht des 4. April, während des Schlafes, eine Blutung von über 1500 Grm. Am folgenden Tage Längsincision und Enucleation des Tumors mit den Fingern. Zurechtstutzung der ulcerirten Partieen der Haut, Stillung einer abundanten venösen Blutung. — 48 Stunden nach der Operation Entbindung. — Die mikroskopische Untersuchung von Ranvier ergab ein Myoma myxomatosum. — Das Gewicht betrug 310 Grm. **Petersen** (Kiel).

Druckfehler: S. 151 Z. 20 v. u. lies Kolessnikow statt Rohssnikow.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. **Sonnabend, den 24. März.** **1877.**

Einiges über Fieber nach antiseptischen Operationen.

Von

Dr. Benno Credé,

Stabsarzt im K. S. Sanitätscorps.

Die ausgezeichnete Arbeit von Wegner und die Mittheilung von Heine über den Effect der Abkühlung ausgedehnter Körperoberflächen haben mich überzeugt, dass in vielen von den Fällen, wo nach antiseptischen Operationen mehr oder weniger hohes Fieber eintrat, für das die Wunde keine Anhaltepuncte ergab, die Ursache in der Erkältung durch Wärmeentziehung, hervorgerufen durch ausgedehnte Entblössung und verdunstende Flüssigkeit, bei der Operation liegt. Als Assistent der Leipziger chirurgischen Klinik sah ich öfters, dass Kranke nach Beendigung einer nicht viel Blut kostenden Operation collabirten, und entweder sofort an »Erschöpfung« oder nach wenigen Tagen an »acuter Sepsis« oder dergleichen starben, oder endlich erst nach einigen Tagen fieberhaften Unwohlseins sich bei

stets normalem Wundverlauf allgemeinen Wohlbefindens erfreuten. Als Grund für dieses Fieber nach vielen antiseptischen Operationen war man geneigt, entweder psychische Affecte anzunehmen, wie sie z. B. bei Kindern und Wöchnerinnen nicht selten der Grund dazu sind, oder den oft durch Chloroform bedingten Magenkatarrh oder einen zu stark comprimirenden Verband u. s. w. Jedenfalls legte man diesem Fieber keine grosse Bedeutung bei und hielt eine 1 bis 3tägige Steigerung bis auf 38,5 für nahezu bedeutungslos. Auffallend war mir dabei stets, dass in Kliniken, wo bei den antiseptischen Operationen nach ungefähr demselben Princip verfahren und gleiche Heilresultate erzielt wurden, die nachfolgenden Temperaturen wesentlich verschieden waren. So scheinen mir in der Hallenser Klinik, nach dem was ich von den dortigen Aerzten gehört habe, z. B. bei complicirten Fracturen die Temperaturen in den ersten Tagen sich ungefähr um 0,5° bis 1,0° höher zu stellen, als in der Leipziger Klinik, ohne dass auch dort ihnen viel Werth beigelegt würde. Den Grund zu diesem Unterschiede glaube ich jetzt für viele Fälle in der verschieden ausgiebigen Bespülung mit Carbolwasser hier und dort suchen zu müssen. In Halle erhalten die Kranken bei zahlreichen Operationen, ich möchte sagen, Vollbäder, während man sich in Leipzig mit Localbädern begnügt. Die Temperaturherabsetzung, die eventuell nachfolgende Erkältung mit dem dazugehörigen Fieber wird dem entsprechend eine verschiedene sein.

Um mir ein Urtheil über den Grad der Abkühlung bei einer antiseptischen Operation bilden zu können, bin ich im Januar d. J. bei etlichen Soldaten, die mit grossen Lymphdrüsentumoren in der Leistengegend behaftet waren, in folgender Weise verfahren: Ich operirte jedesmal 2 Leute hintereinander in demselben auf 15° erwärmten Zimmer, enucleirte und exstirpirte die Drüsen stets total, streng antiseptisch, in der gemischten Narkose. Der erste Kranke wurde dabei vom untern Rippenrande bis zur Mitte der Oberschenkel entblösst und wurde mit 2 Carbolzerstäubern benetzt, deren Wasser in der Flasche 10,8° C., deren Nebel in 40 Ctm. Entfernung 11,0° C. Temperatur hatte. Der Arm der rechten Seite, in deren Achselhöhle der Thermometer lag, war durch Heftpflasterstreifen unbeweglich am Rumpfe befestigt. Die Körperwärme wurde alle 5 Minuten abgelesen und betrug bei dem ersten Falle zu Beginn der Operation 37,6°. 21 Minuten später bei Anlage des Verbandes 36,6°, wobei zu bemerken ist, dass die Temperatur in der zweiten Hälfte der Zeit viel rascher fiel, als in der ersten — eine Beobachtung, die ich wiederholt gemacht habe. Der blasse, eingefallene, mit kühler Haut versehene Kranke wurde warm eingebettet, noch eine Stunde darauf, Mittags, betrug die Temperatur 36,2° und Abends erst 37,3° C. Anderen Tages hatte sich Unwohlsein, Kopfschmerz, Frösteln und eine Temperatur von früh 38,0°, Abends 38,4° eingestellt. Am zweiten Tage war der Zustand wieder normal. Der Zweite unmittelbar darauf Operirte wurde an Rumpf und Beinen in Watte und Flanellbinden eingewickelt und nur das Operationsfeld

freigelassen. Das Wasser im Spray wurde auf 16,0° erwärmt und mass der Nebel bei 40 Ctm. Entfernung noch 13,0°. Bei Beginn der Operation betrug die Körperwärme 37,4°. Bei Schluss nach 23 Minuten 37,2°. Das Aussehen blieb frisch, Befinden und Temperatur denselben und die folgenden Tage ganz normal.

In genau derselben Weise verfuhr ich einige Zeit später an 2 anderen Kranken; bei dem Entblössten sank die Temperatur um 0,6°; am anderen Morgen fröstelte er heftig, maass Abends 39,2°, befand sich dann aber wieder ganz wohl. Bei dem Eingewickelten ging die Temperatur gar nicht herunter, sein Befinden blieb stets normal. 14 Tage später operirte ich wieder einen solchen Fall, bei dem in Folge fester bindegewebiger, tiefgehender Verwachsungen der Drüse mit der Umgebung die Operation gegen 50 Minuten dauerte. Die Temperatur während letzterer zu messen war leider vergessen worden, doch sah der Mann nachher collabirt aus, hatte kühle Hautdecken, Abends 36,4°, anderen Tags einen Schüttelfrost mit 40,4° und befand sich erst am 3. Tage wieder ganz wohl. Bei einem ferneren Fall von kurzer Operationsdauer sank die Temperatur um 0,2° und trat keine Störung des Allgemeinbefindens ein.

Sämmtliche Fälle wurden zum Schluss meistens ausgekratzt, nicht genäht und mit nassgehaltener Carboljute verbunden; bei allen war der Wundverlauf ein durchaus normaler, ganz aseptischer. Die Heilungsdauer betrug bei 10 Fällen bis zur vollständigen Vernarbung im Durchschnitt 30 Tage.

Ich will auf Grund dieser wenigen Fälle nicht behaupten, dass *stets* bei antiseptischen Operationen, bei denen die Kranken nicht besonders vor der Abkühlung geschützt werden, eine Temperaturherabsetzung stattfände, da die Grösse der entblössten Körperoberfläche nnd die Resistenzfähigkeit des Individuum eine sehr verschiedene ist. Dass sie aber stattfinden kann und oft stattfinden wird, ist mir zweifellos. Die nachtheiligste Wirkung für den Kranken werden natürlich Operationen an Kopf und Rumpf und ganz besonders in der Bauchhöhle haben. Aber auch bei grossen Extremitätenwunden wird eine allgemeine Abkühlung eintreten, namentlich wenn dieselben, veranlasst durch antiseptische Ausspülungen, Incisionen, Drainagen und complicirte Verbände lange Zeit dauern, und eine Entblössung und Befeuchtung ausgedehnter Körperflächen herbeiführen. So lange diese Abkühlung nur den Grad einer gewöhnlichen Erkältung hat, werden die Folgen bedeutungslos sein, sobald aber eine Temperaturherabsetzung von mehreren Graden stattfindet, kann sie, namentlich bei schon durch Blutverluste geschwächten Kranken, einen tödtlichen Ausgang herbeiführen.

Die oben beschriebenen, an und für sich unbedeutenden Fälle haben in so fern vielleicht einen gewissen Werth, als sie vergleichbar sind, denn sie betreffen ungefähr gleichaltrige, gleich kräftige Leute, gleiche Erkrankungen und wurden in demselben Raume nach demselben Principe operirt und behandelt.

Dresden, den 9. März 1877.

Verhandlungen der Berliner med. Gesellschaft aus dem Gesellschafts-Jahre 1875|76, herausgegeben von dem Vorstande der Gesellschaft. Bd. VII.

Berlin 1876.

Auch in diesem Jahre möchten wir die Aufmerksamkeit unserer Leser auf den neuesten vortrefflichen Band der Verhandlungen der Berliner med. Gesellschaft richten. In dem 241 S. starken Buche ist der Inhalt in der Weise geordnet, dass zuerst die Protokolle über die einzelnen Sitzungen zusammengestellt sind, an welche sich dann die einzelnen Vorträge, resp. Demonstrationen anschliessen. Von besonderer Wichtigkeit ist auch gerade der erste Theil, weil derselbe die Discussion über die gehaltenen Vorträge wiedergiebt. Im Ganzen wurden 28 Vorträge gehalten und fanden 13 Demonstrationen statt. Da bereits früher über die einzelnen Vorträge und Demonstrationen, soweit sie chirurgisches Interesse darboten, im Centralblatt für Chir. berichtet wurde, so müssen wir an dieser Stelle von einer näheren Besprechung des inhaltreichen Buches absehen. **Tillmanns** (Leipzig).

Köhler. Amputationen, Exarticulationen und Resectionen im Jahre 1875.

(Charité-Annalen II. Jahrgang. Chir. Klinik des Geh. R. **Bardeleben.**)

Verf. beschreibt nach einigen Bemerkungen über die Esmarch'sche Constriction, welche nichts wesentlich Neues enthalten, zunächst das in der Bardeleben'schen Klinik bei Amputationen geübte Verfahren. Die vorbereitenden Massnahmen sind die bei intendirter antiseptischer Behandlung gebräuchlichen, doch scheint dem Ref. die Desinfection der Haut an der Amputationsstelle in nur etwa Spannesbreite etwas knapp bemessen. Das Ueberrieseln der Wunde mit Carbolsäure vor dem definitiven Schluss wird als überflüssig und unnütz reizend verworfen. Zur Naht werden alternirend Catgut und Seegrasfäden verwendet. Letztere reizen gar nicht und erregen auch hei sehr langem Liegenbleiben keine Eiterung. Die Drainage wird, gewiss mit Recht, nicht durch ein langes durchgehendes Drainrohr, sondern durch 2—3 kurze Rohrstückchen hergestellt. — Antiseptischer Verband grösstentheils mit Carboljute, bei Amputationen meist unter besonders starkem Druck angelegt. Die Resectionen werden wie die complicirten Fracturen behandelt und die ruhige Lage sofort nach der Operation durch gefensterte Gipsverbände mit Einlage von Eisenschienen gesichert.

Die Resultate waren folgende:

		davon gestorben
Amputatio humeri . .	2	—
- antibrachii	1	—
- cruris . .	7	—
- femoris . .	10	7

Die Oberarmamputationen wurden beide nach Traumen ausgeführt, einmal primär bei einem 40jährigen Arbeiter, 1 mal secundär

wegen fortschreitender Phlegmone,' 3 Wochen nach einer Schnittverletzung des Daumens, bei einem 35jährigen Manne.

Die Vorderarmamputation geschah wegen Caries des Handgelenks. Die Unterschenkelamputationen waren folgende:

1) Nachamputation im untern Drittel nach Resectio pedis wegen acuter Vereiterung des Fussgelenks, die nachträglich auch die Tarso- und Metatarsalgelenke ergriffen hatte.

2) 52jährige Frau. Fract. cruris gerade an der Stelle eines alten Fussgeschwüres. Entwickelung eines Carcinoms in demselben, keine Consolidation der Fractur.

3) 52jähriger Arbeiter. Frostgangrän beider Füsse; links Amput. cruris, rechts Pirogoff.

4) 24jähriges Mädchen. Verbrennung der Haut rings um das Fussgelenk. Amputation in der Mitte.

5) 35jähriger Arbeiter. Caries tarsi et metatarsi seit 15 Jahren. Amputation in der Mitte des Unterschenkels.

6) 22jähriger Arbeiter. Caries des Fussgelenkes und des Tarsus. Amputation etwas über der Mitte des Unterschenkels.

7) 23jähriger Schneidergeselle. Nachamputation im oberen Drittel an einem älteren Amputationsstumpf (etwas unterhalb der Mitte).

Oberschenkelamputationen:

1) 18jähriger Mann. Acute Osteomyelitis der linken Tibia, vielfacher Aufbruch, stinkender Eiter, hohes, typhöses Fieber. Amputat. transcondyl. femoris etwa in der 6. Woche der Krankheit. Heilung trotz intercurrenter genuiner Pleuropneumonie und hydrämischem Anasarca und Ascites.

2) 16jähriger Mann. Caries des Kniegelenks. Drainage und Exstirpation der Patella vergeblich. Amputation in der Mitte mit vorderem Lappen. Heilung.

3) 16jähriges sehr heruntergekommenes Mädchen. Früher Caries sicca malleoli ext., Resectio fibulae von $10^1/_2$ Ctm. Heilung. Dann Caries des Kniegelenks. Amputation. Tod nach 24 Stunden.

4) 55jähriger Mann. Colossales Unterschenkelgeschwür, Anasarca der untern Extremitäten, Bronchialkatarrh, Emphysem. Amputation des Oberschenkels, Verband mit 4 % Salicyljute. Sepsis. Hohes Fieber vom 2. Tage an, mehrere Schüttelfröste. Lungenödem. Tod am 8. Tage.

5) 27jähriger Mann. Trauma. Primäre amput. transcondyl. — Tod an Nachblutung nach 10 Tagen (s. die complicirten Fracturen).

6) 24jähriger Mann. Caries genu. Amputatio supracondyl. — 10 % Salicyljute. Heilung.

7) 24jähriger Mann. Complicirte Patellafractur. Verband mit 4 % Salicyljute. Schlechter Verlauf. Amput. fem. — Pyaemie multipl. † am 10. Tage (s. complicirte Fracturen).

8) 55jähriger Mann. Amput. transcondylica. Pat. bei der Amputation bereits septisch. (S. complicirte Fracturen.) † an Septikämie.

9) 37jähriger Mann. Epithelioma cruris sin. — Amputation des

Oberschenkels nach Gritti, Exstirpation geschwollener Lymphdrüsen. 4 % Salicyljute. Sepsis der Wunde, Gangrän des vordern Lappens. † an Septikämie. Keine Section.

10) 43jähriger Mann. Caries genu. — Vergebliche Drainage. — Amputation. Tod nach 48 Stunden. Die Section ergab Nephritis parenchymatosa. Hepatitis adiposa.

Die Todesursachen waren also:

2 mal Collaps innerhalb der ersten 24 und 48 Stunden
1 - Nachblutung.
4 - Septikämie und Pyämie.

Von diesen letzteren war einmal die Septikämie schon zur Zeit der Amputation vorhanden. 3 mal entstand die perniciöse Wundkrankheit bei nicht sufficientem antiseptischem Verband mit 4 % Salicyljute und Watte.

Es wurden ferner folgende Exarticulationen ausgeführt:

1 Exarticul. humeri. 43jähriger Mann. Spontane, schwere, progrediente Phlegmone der rechten Hand, des Vorderarms, und Oberarms bis zur Achselhöhle. Vereiterung von Hand und Ellenbogengelenk. Tod 24 Stunden nach der Operation.

1 Exarticul. femoris. 24jähriger Mann, alte Nekrosis femoris, starke Eiterung, Pat. sehr heruntergekommen. Die zuerst versuchte hohe Oberschenkelamputation erwies sich als unzureichend wegen weitergehender Erkrankung des Knochens. Sofortiger Uebergang zur Exarticulation. † nach 48 Stunden an Collaps.

1 Exarticulation nach Lisfranc, secundär nach Quetschung des vordern Fusstheils bei einem 18jährigen Manne. — Prima intentio. Guter Gang bereits nach 4 Wochen.

1 Exarticulation nach Chopart links (rechts Amputation nach Pirogoff). 38jähriges Weib, demens. Gangrän (Frost?) seit 3 Wochen. — Taluskopf wegen unzureichender Bedeckung abgesägt. Fortschreitender Decubitus an verschiedenen Stellen, hectisches Fieber etc. Tod nach 14 Tagen. — Sectionsbefund: Hydroceph. int. — Embolia art. basilar. et fossae Sylvii. Endocarditis chron. fibrosa retrahens, Oedema pulmonum. Nephritis parenchym Pe riphlebit. Abscess am rechten Stumpf.

Die übrigen 8 Fälle betreffen Exarticulationen von Fingern und Metacarpalknochen. Sie wurden bis auf einen Todesfall an Trismus und Tetanus bei einem Kranken, der erst nach Auftreten des Wundstarrkrampfes die Charité aufsuchte, geheilt.

Resectionen.

1) Resectionen des Oberkiefers: 3. 2 Carcinome, 1 Sarcom. Letzteres † an Erysipel.

2) Resectionen des Unterkiefers: 2. Carcinom. 1 geheilt. 1 † an Erysipel und Pneumonie.

3) Resectionen der Scapula: 1. 27jähriger Mann, collossales Sarcom der Scapula. Durchsägung von collum scapulae und Acromion. † 7 Stunden nach der Operation.

4) Resection des Ellbogens: 1. 16jähriger Mann. Traumatische Gelenkvereiterung. Totale Resection. Rasche Heilung. Entlassung nach 5 Monaten. Sehr guter Erfolg der Bidder'schen Schiene. Gute Function.

5) Resection des Handgelenks: 1. Complicirte Fractur desselben. Primäre Resection von Radius und Ulna, os naviculare, hamatum, capitatum, triquetrum. Verlauf gut. Nach $2^1/_2$ Monaten leichte Beugung und Streckung möglich. Endresultat nicht bekannt.

6) Resection des Femur in der Continuität: 1. 23jähriger Mann. Spontane Fractur durch vereiterte Gummigeschwulst. Consolidation, aber noch keine Gebrauchsfähigkeit. Fortdauernde Eiterung — noch in Behandlung.

7) Resectio patellae: 1. S. oben, unter Amput. fem.

— Resectio genu: 1. 10jähriger Knabe. Nachresection nach Resectio genu vor 3 Jahren (Caries) mit Zurücklassung der noch zum Theil überknorpelten Tibiafläche. Fisteln, Caries der Tibia. Schnitt durch die alte Narbe: aus der Oberschenkelsägefläche war eine spitze Exostose hervorgewachsen, durch welche in der gegenüberliegenden Fläche der Tibia ein Defect entstanden war. Heilung, Ankylose.

8) Resectio pedis totalis: 2. 1) 36jähriger Mann. Splitterfractur des malleol. extern. sin., womit Pat. noch einen Marsch von 4 Meilen gemacht hat. Vereiterung des Gelenks. Entfernung der Malleolen und der obern Hälfte des Talus. Rascher Heilungsverlauf. 2) s. u. Amputationen. Später amputirt.

9) Resectio fibulae: 1. 41jähriger Mann. Multiple Haut und Drüsencarcinome der untern Extremitäten. Carcinom des rechten malleolus externus. Resection desselben und eines Theils der Tibia. — Heilung. — 6 Monate später neue Drüsentumoren in der rechten Inguinalgegend. Verletzung der vena femoralis. Unterbindung von Arterie und Vene. Bald darauf neue Recidive, Pneumonie, Tod bei allgemeiner Carcinosis.

Schede (Berlin).

Istomin und Welikij. Ueber neue, aus Gefässwänden hergestellte Kanülen. (Vorläufige Mittheilung.)

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 1. p. 4.)

Die Verf. bezeichnen als Hauptübelstand bei der directen Transfusion die Gefahr der Gerinnung des Blutes in der eingeschalteten Glaskanüle und versuchten deshalb, die gläsernen Kanülen mit frischen Jugular- oder Femoral-Gefässen von Thieren auszufüttern, indem sie die Gefässröhren in die gläsernen einschoben, an beiden Enden nach aussen umschlugen und mit Fäden befestigten. Die Einschaltung dieser »animalen Kanülen« ergab das Resultat, dass die venösen Gefässe zur Fütterung allein tauglich waren, die damit gefütterten Kanülen aber das Blut $1^1/_2$ Stunden lang flüssig durchströmen liessen, ja sogar öftere Unterbrechung des Stromes gestatteten,

während bei den gewöhnlichen Kanülen alsbald kleine wandständige Gerinnsel sich bildeten, und schon nach 7 Minuten das Lumen der Röhre mit Gerinnseln ganz gefüllt war. Ohne umhüllende Glasröhre waren die herausgeschnittenen Gefässröhren unbrauchbar, weil sie durch den Blutstrom zu rasch ausgedehnt wurden.

Mögling (Tübingen).

O. Kappeler und **E. Haffter.** Der articulirt-mobile Wasserglasverband und seine Anwendung in der Orthopädie und Prothese.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. VII. p. 129.)

Die sorgfältige Ausbildung der Wasserglastechnik führte die Verff. dahin, dass sie eine ganze Anzahl von orthopädischen und prothetischen Apparaten ohne Beihülfe eines Bandagisten brauchbar, dauerhaft und mit geringen Kosten herstellen konnten.

Die Verbände wurden, mit Flanellfütterung, in der üblichen Weise angelegt. Die Beweglichkeit an den Gelenken wurde dadurch hergestellt, dass elliptische Fenster quer zur Längsaxe des Gliedes ausgeschnitten oder ausgespart wurden. Wenn dann die betreffenden Gelenke vor dem vollständigen Erstarren des Wasserglases bewegt wurden, so bekam die dem Gelenk entsprechende Stelle des Verbandes, gegenüber dem elliptischen Ausschnitt, einen bedeutenden Grad von Elasticität, welcher sich dann dauernd erhielt.

Am Sprunggelenke wird das Fenster quer über die Fussbeuge angelegt, am Kniegelenk schneidet man gewöhnlich das Fenster an der Beugeseite aus, durchtrennt an der Streckseite den Verband quer und lässt nur zwei seitliche Spangen stehen, die durch starke Gummibänder verstärkt werden u. s. w.

Die nothwendigen Verstärkungen an den Verbänden erzielt man durch eingelegte Blechstreifen oder Fournierblätter. Durch entsprechendes Aufschneiden der Verbände und durch Anbringen von Schnallen an denselben macht man sie abnehmbar und erhöht so ihre Brauchbarkeit.

Die Verff. verwendeten so angefertigte Stützapparate für die Extremitäten nach Fracturen und Gelenkentzündungen, nach dem Redressement von Difformitäten (Genu valgum, Pes valgus, varus, equino-varus), bei Lähmungen. Der Taylor'sche Extensionsapparat wurde durch einen solchen Verband mit einem angesetzten krückenförmig gebogenen Eisenstab ersetzt. Mieder für Skoliose und Kyphose, endlich auch künstliche Extremitäten wurden brauchbar angefertigt.

Alle diese Apparate werden im Original genau beschrieben und abgebildet. **Gersuny** (Wien).

Küpper. Ueber Nachblutungen bei der Anwendung des Esmarch'schen Verfahrens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 43.)

Um die Nachblutungen nach der Anwendung der Esmarch-schen Constriction zu verringern, wandte Verf. bei einer Amputation des Unterschenkels den inducirten Strom an und zwar in der Weise, dass er nach Entfernung des Schlauches und der Unterbindung von 7 Gefässen den einen Pol in die Leiste des Patienten halten liess, während er den anderen in die rechte Hand nahm und mit dem Zeigefinger über die Wundfläche fuhr. Es entstanden heftige Contractionen der Wadenmuskeln. Nach einer Stromdauer von 2 Minuten stand die Blutung und es erfolgte auch keine Nachblutung mehr. Verf. lässt es dahingestellt, ob durch den inducirten Strom die nach der Esmarch'schen Constriction wahrscheinlich eintretende momentane Lähmung der Gefässmuskulatur aufgehoben wurde, oder ob die starken Contractionen der Muskeln die Blutstillung begünstigten. (S. auch die Mittheilungen von Riedinger, Klinische und experimentelle Studien über die künstliche Anaemie bei Operationen, besonders über die Stillung der Blutung nach Lösung des elastischen Schlauches. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. VII., p. 460. Ref.)

Tillmanns (Leipzig).

J. Paget. On a form of chronic inflammation of bones.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 714. [Royal med. and chir. soc.])

Paget lenkt die Aufmerksamkeit auf eine eigenthümliche Form von Knochen-Erkrankung (Osteitis deformans), die er nicht beschrieben gefunden hat (in Deutschland übrigens bereits bekannt: s. Centralbl. f. Chir. 1874. p. 75). Sie beginnt in mittleren oder späteren Jahren, macht langsame Fortschritte, mit zeitweisem Stillstande, beeinflusst ausser Form, Dicke und Richtung der langen Röhren- und der platten Schädelknochen nicht den allgemeinen Gesundheitszustand. Selbst wenn die Schädelknochen stark betheiligt sind, bleiben die psychischen Functionen ungestört. Die Krankheit tritt symmetrisch auf, die Knochen werden stärker aber weicher und geben demgemäss, wenn sie eine Last tragen müssen, nach; daher erscheint die erkrankte, gebogene Wirbelsäule kürzer, das Becken weiter; der Schenkelhals horizontal gestellt. Im Anfange, oft auch im ganzen Verlaufe treten Schmerzen in den afficirten Knochen auf, welche aber nicht periodisch, nicht in der Nacht exacerbiren. Urin und Fäces zeigen keine Abweichung von der Norm; andere constitutionelle Krankheiten sind nicht im Gefolge — wohl nur zufällig trat in 3 von den beobachteten Fällen Carcinom auf —. Die Knochen der vorgeschrittenen Krankheit — über die Anfänge liegen keine Untersuchungen vor — zeigen die Entzündungsproducte in der ganzen Dicke der Kopfknochen, an den Röhrenknochen besonders an der compacten Corticalis und den Gelenkenden, mit ausserordentlicher

Dickenzunahme an diesen Stellen. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt eine Verminderung der erweiterten Havers'schen Canäle; sie sind erfüllt mit Rundzellen und jungem Gewebe (fibro-nuclear tissue), enthalten gelegentlich Fett und myeloide Zellen und reichlich Blutgefässe. Die Lacunen und Canaliculi sind an Zahl vermehrt. Die chemische Untersuchung hat keine Eigenthümlichkeiten nachgewiesen. Ueber die Genese herrscht nach P. volles Dunkel. — Der Process sei nicht mit der chronischen arthrit. deformans zu vergleichen. Die Grundlage für obige Schilderung bilden 5 eigene Beobachtungen, von denen der erste 20 Jahre lang beobachtete Fall genauer beschrieben wird. **Pilz** (Stettin).

H. Auspitz. Ueber die mechanische Behandlung von Hautkrankheiten.

(Vierteljahrschrift für Dermat. u. Syph. 1876. Hft. 4. p. 562.)

Verf. bespricht die mechanische Behandlung der Hautkrankheiten, indem er die dabei verwendeten bekannten Deck-, Reib-, Schab- und Stichelungs-Mittel (Instrumente) deren allgemeine Wirkung und specielle Indicationen vorführt, bei Prurigo, Lupus vulgaris, Acne, Comedones, Sycosis, Acne rosacea, Lupus erythematosus, Epitheliom und mehreren anderen Affectionen. Entgegen manchen anderen einschlägigen Publicationen restringirt A. mit Recht die Wirkung der aufgeführten Mittel und Methoden grösstentheils auf ihre mechanische, allgemein verständliche und bekannte mechanische Wirkung, deren Principien und Anwendungsweisen durch Hebra längst festgestellt, in die Praxis eingeführt und zum Gemeingut der Aerzte geworden sind. **Kaposi** (Wien).

Sesemann. Das Eczem an Händen und Füssen und seine Behandlung.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 1. p. 1.)

Als die häufigsten Formen des Eczems an genannten Stellen schildert der Verf. das Eczema vesiculosum und pustulosum.

Für die seltenere, rein vesiculöse Form empfiehlt er kalte Ueberschläge von Wasser oder besser von 4 — 5 procentiger Carbollösung mit etwas Glycerin, zur Verminderung der Schmerzen und zur rascheren Formirung der Blasen. Diese letzteren sollen, so weit sie über Hirsekorn gross sind, mit der Cooper'schen Scheere angeschnitten werden. Dann bedeckt man sie mit milden Fettsalben, und die Heilung ist in 2 — 3 Wochen fertig.

Die Behandlung der pustulösen Form dauert länger, weil sie öfters durch Nachschübe oder Complication mit Nagelfalzerkrankung erschwert wird. Die Pusteln sollen ganz abgetragen, nicht blos angestochen, die Krusten aufgeweicht und entfernt werden. Hierauf folgen Verbände mit Glycerin und Carbolsäure, später mit Hebra's

Diachylonsalbe oder was billiger ist, mit Bleiweisssalbe, welcher Carbolsäure zugesetzt ist. Die Anwendung der Salben geschieht in dicken Schichten. Sind die meisten Stellen überhäutet, dann wird bei jedem Verband mit grauer Seife gewaschen; ist die neue Epidermis fester geworden, so vertauscht man die Salbe mit Oleum cadinum und bedeckt die Stellen mit Kautschoukplatten. In 4 — 5 Wochen ist die Heilung meist erreicht, wenn nicht Granulationen am Nagelfalz die Abtragung der seitlichen Nagelränder nöthig machen, was am besten unter Aetherspray nach Esmarch'scher Einwicklung ausgeführt wird.

Mögling (Tübingen).

J. M. Charcot. Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems, ins Deutsche übertragen von A. Berthold Fetzer. Abth. II. Theil I.

Stuttgart, **Bonz & Co.** 1877.

Mit diesem Hefte erscheint die Fortsetzung der deutschen Uebersetzung der Charcot'schen Vorträge. Es werden darin abgehandelt einige weniger bekannte Puncte im anatomischen und klinischen Bilde der Tabes dorsualis. Als die einzige constante Veränderung bei dieser Krankheit bezeichnet C. die Sclerose der lateralen Faserzüge der Hinterstränge, während man für die andere Form der Hinterstrangsclerose, nämlich die Sclerose der medianen oder Goll'schen Faserbündel, welche sowohl als secundäre aufsteigende Sclerose, wie als primäre Affection auftreten kann, die Symptome noch nicht kennt.

Weiter detaillirt Ch. die tabischen Schmerzen und bespricht ausführlich die gastrischen Krisen der Tabetiker, die cephalischen Symptome, vor allem die Sehnervenerkrankung, wobei er hervorhebt, wie die tabetische Papille sich von der atrophischen Papille, wie sie in Folge von Sehnervenentzündung bei Hirntumoren entsteht, wesentlich unterscheide. Die 4. Vorlesung füllt zum grossen Theil die Besprechung der tabetischen Arthropathien aus. Dieses Gelenkleiden tritt ohne vorhergegangenes Trauma auf und in einem relativ frühen Stadium der Krankheit, wo die Coordinationsstörung kaum erst angedeutet ist. Es zeigt sich dabei »eine ausserordentliche Anschwellung der ganzen Glieder, und zwar 1) ein beträchtlicher seröser Erguss in das Gelenk selbst und 2) eine zähteigige Geschwulst, welche meist eine gewisse Härte besitzt und wobei die gewöhnlichen Charaktere des Oedems im Allgemeinen nicht sehr ausgesprochen sind«. Fieber und Schmerzen fehlen gewöhnlich. Nach Ablauf von einigen Wochen oder Monaten verschwindet die Geschwulst wieder und Alles kehrt zur Norm zurück (gutartige Form); andere Male dagegen bleiben schwere Störungen im Gelenk zurück, wie Krachen, Dislocationen in Folge von Usur der Knochenoberflächen, verschiedene Luxationen (bösartige Form).

Am häufigsten wird das Knie, dann die Schulter, und weiterhin Ellenbogen, Hüft- und Handgelenk befallen. Aber auch die kleinen Gelenke bleiben nicht immer verschont. Obgleich sich die Arthro-

pathie der Tabetiker ihren anatomischen Charakteren nach mehr oder weniger eng an den Typus der Arthritis sicca anschliesst, so bleibt sie doch nichtsdestoweniger eine eigene Spielart in Anbetracht der Originalität ihres Symptomencomplexes und ihres offenbaren Zusammenhanges mit der Tabes, von der sie in der That eine Theilerscheinung ausmacht. In analoger Weise treten acute Gelenkaffectionen bei anderen acuten oder subacuten Spinalerkrankungen, so z. B. nach traumatischer halbseitiger Läsion des Rückenmarks, auf. (Störend sind Druckfehler und zuweilen nicht recht geläufige Uebersetzung.) **Seeligmüller** (Halle).

L. Loewe. Zur Kenntniss der Bindesubstanz im Centralnervensystem der Säugethiere.

(Arch. f. Psych. Bd. VII. Hft. 1.)

In der Substanz der die Gehirnoberfläche unmittelbar überkleidenden Pialamelle fand L. neben den endothelialen Zellplatten noch bindegewebige Fasernetze zweierlei Calibers. Das eine Netz wird von sehr feinen starrfaserigen, durchaus gleichcalibrirten Fibrillen gebildet und gleicht ganz denjenigen feinen netzartigen Zügen, die sich auf der Oberfläche fast aller bindegewebiger Ausbreitungen befinden. Das andere Netz besteht aus weit dickeren, häufig geschlängelt verlaufenden und zu Platten verbreiterten Bindegewebsbalken. Zwischen beiden Netzformen scheinen Uebergänge zu existiren.

Seeligmüller (Halle).

---

v. Dumreicher. Modification der Hydrocelenoperation.

(Sitzung der k. k. Gesellsch. der Aerzte. Wien, 26. Januar 1877.)

Ein 62jähriges Individuum trägt seit $1^1/_2$ Jahren eine Hydrocele, die jetzt kindskopfgross ist. v. D. entleerte die Flüssigkeit durch Punction mit dem Troikar, spritzte hierauf erst lauwarmes Wasser, dann eine 8 % Chlorzinklösung in die Höhle, liess letztere kurze Zeit darin und reinigte die Höhle schliesslich nochmals mit lauwarmen Wasser. Alsdann wurde ein Drainrohr eingeführt. Druckverband mit Baumwolle und Heftpflasterstreifen. Rasche Heilung. Keine Wiederansammlung der Flüssigkeit. (Im 1. Falle, den v. D. in dieser Weise operirt hatte, war durch zu langes Liegenlassen der Drainage Eiterung, und daher verzögerte Heilung eingetreten.)

Fr. Steiner (Wien).

Riedinger. Ueber Beckenfracturen.

(Vortrag, gehalten in der vierten Sitzung des V. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin am 22. April 1876.)
(Arch. f. klin. Chirurgie 1876. Bd. XX. Hft. 2.)

R. demonstrirte zwei in vielfacher Beziehung interessante geheilte Beckenfracturen. Die Ursache der ersten Beckenfractur war wahrscheinlich ein vor circa 30 Jahren erfolgter Sturz aus einem Fenster gewesen; ihre Heilung scheint ohne Störung

erfolgt zu sein. Der Pat. hatte durch Erfrierung seinen Tod gefunden. Am Becken fand sich eine Bruchlinie zwischen der vorderen und hinteren Partie des rechten Darmbeins, sich von dort krummlinig nach abwärts zur Incisura ischiadica major ziehend. Die Fossa iliaca war abgeflacht und das ganze Darmbein etwas nach aussen geneigt. Eine zweite Bruchlinie fand sich im horizontalen Schambeinaste, von der Vereinigung mit dem Darmbeine beginnend mit einer Ausmündung schräg nach vorn in das Foramen ovale. Die dritte Bruchlinie lag zwischen dem absteigenden Schambein- und aufsteigenden Sitzbeinaste. Eine vierte Bruchlinie stieg in der Mitte des Sitzbeins vertical nach abwärts. Durch Verschiebung der Bruchenden waren die das Foramen ovale zusammensetzenden Theile in der Richtung von oben nach unten über 1 Ctm. verkürzt. Ebenso war sowohl der Beckeneingang, als auch der Beckenausgang verengert und verschoben. Wegen der sonstigen Veränderungen am Becken verweisen wir auf das Original.

Das zweite Präparat stammte von einem Manne, der 2 Jahre vorher verschüttet worden war. Die Bruchlinien und die folgende Verschiebung ähnelten durchaus den im ersten Falle beschriebenen.

Nachdem Verf. die statistischen Verhältnisse der Beckenbrüche im Allgemeinen, so wie die der einzelnen Knochen kurz besprochen hat, ebenso die Prognose, geht er noch auf die Aetiologie dieser Brüche ein, besonders betonend, dass die Rissbrüche, wie sie am Radius, den Malleolen, dem Tuberculum majus des Humerus, an der Patella, dem Olecranon u. s. w. seit längerer Zeit bekannt sind, auch bei den Beckenbrüchen berücksichtigt werden müssen. Es kann nicht allein die Spina ilei ant. superior bei starker Spannung des Lig. Bertini und durch den Zug des M. sartorius abgerissen werden, sondern auch die Crista ilei in weiterer, ja sogar in ganzer Ausdehnung durch den Zug der sich an ihr inserirenden Muskeln, Mm. glutaeus maximus und medius. Klinische Thatsachen für diese Ansicht kann Verf. nicht bringen, will dieses aber, sobald als möglich, thun. **Maas** (Breslau).

Kleinere Mittheilungen.

Amussat. Des sondes à demeure et du conducteur en baleine.

(Gaz. des hôpitaux 1875, et Revue de therapeutique médico-chirurgicale 1876. Bd. I. p. 172.)

Verf. wendet, um das wiederholte Einführen von Kathetern, resp. das Wechseln der Verweilkatheter zu erleichtern, ein 70—80 Ctm. langes, 0,8—1,2 Mm. dickes geknöpftes Fischbeinstäbchen als Conductor an; dasselbe dient ihm auch zur Führung des Urethrotoms, des Lithoclasten etc. **Viertel** (Breslau).

E. Meinert. Mehrere zum Theil tödlich verlaufene Fälle von Erysipelas bullosum nach Impfung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 35.)

1. Fall. 18 Monate altes Mädchen. Am 5. oder 6. Tage nach der Impfung waren auf beiden, stark gerötheten Oberarmen um deutliche Impfpusteln herum eine Anzahl Blasen bis zur Grösse eines Pfennigs sichtbar, welche bereits »in einigen

Tagen« wieder verschwunden waren. »Hitze, Diarrhoe, Erbrechen«. »Entzündung der Oberarme und Fieber dauerten fort bis zum Tode am 13. Tage«. —

2. Fall. 18 Monate altes Mädchen, bei welchem am 3. Tage um die Impfknötchen ähnliche Blasen auftraten, wie im 1. Falle. Heftiges Fieber bis zum 10. oder 11. Tage, wo ein spärlicher blatternartiger Ausschlag über den ganzen Körper ausbrach. Das Kind wurde geheilt. —

3. Fall. 15 Monate alter Knabe, unmittelbar nach Fall 2 geimpft. Stürmische Entwicklung der Impfpocken, welche auf beiden Armen am 7. Tage ein thalergrosses Geschwür mit Blasen in der Umgebung darstellen. Röthung und pustulöser Ausschlag am 8. Tage über Brust, Rücken, Stirn und Nase. Am 23. Tage war noch fast der ganze Körper mit liniendicken Borken bedeckt, am 31. Tage war mit einigen Ausnahmen die Desquamation beendigt. —

5. Fall. 16 Monate alter Knabe. An demselben Termin mit Fall 2—4, doch fraglich in welcher Reihenfolge, geimpft. Am 4. Tage um die Impfstellen rasch confluirende Blasen, welche am 7. Tage den ganzen Oberarm einnahmen. Tod am 14. Tage, nachdem sich die Blasen auf Stirn, Rücken, behaarten Kopf, Ohren, Hals und Brust ausgebreitet. —

6. Fall. 9 Monate altes Mädchen wurde geimpft, während Fall 4 und 5 behufs Revision im Impflocal anwesend waren. Rechts normale Impfblattern. Links am 3. Tage Eiterung ohne Pustelbildung, am 5. Tage sistirt die Eiterung, lebhafte Röthung des ganzen Oberarms, heftiges Fieber, Blasen um die Impfstellen links, dieselben verbreiten sich, thalergross, über die linke Seite des Rumpfs und Rückens. Tod am 10. Tage.

In einer Nachschrift zu diesem Artikel betont die Redaction der deutschen med. Wochenschrift mit Recht, dass die gute Sache der Impfung die Veröffentlichung vorstehender Beobachtung nicht zu fürchten habe, da es sich wohl in den vorliegenden Fällen um accidentelle Vorgänge handele, die vermeidbar seien, deren Ursachen aber sorgfältig nachgeforscht werden müsste (Vergl. auch Bohn, Handbuch der Vaccination und Hug, über den Impfrothlauf in der Stadt Freising im Jahre 1875. Aerztl. Intelligenzblatt 1875. No. 49.)

Tillmanns (Leipzig).

Trélat. Des chéloides.

(Progrès médical 1876. No. 38.)

T. stellt einen 20jährigen Neger (vgl. Hebra und Kaposi: Hautkrankheiten Bd. II. p. 202) vor, der sich vor 1 Jahr durch ein zerbrochenes Glas eine Wunde des Kinns zugezogen hatte. Blutung: Liqu. ferr. sesquichlorat., Heilung per prima int. in 14 Tagen. Kurze Zeit nachher fing die Wunde an zu schwellen, nach 6 Monaten bestand ein Tumor von der Grösse eines Zeigefingers. Exstirpation, Naht, Heilung per prim. int. Nach 2 Monaten Recidiv; an jeder Stelle, wo eine Naht gelegen, war eine kleine nadelknopfgrosse Geschwulst. — T. will von einer Eintheilung in wahre und falsche Keloide Nichts wissen, in seinem Falle sei die Heilung nach der Exstirpation durch prim. intent. erfolgt, man könne also nicht sagen, dass das Recidiv auf narbigem Boden entstanden sei (!). T. hat zwar das erste Keloid exstirpirt, erklärt aber die Operation wegen der stets auftretenden Recidive für contraindicirt.

Petersen (Kiel).

M. v. Cube. Zur Casuistik der directen Thierbluttransfusion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 32.)

Mittheilung einer erfolgreichen Lammbluttransfusion bei einem Patienten mit käsiger Pneumonie und 2 dicht neben einander liegenden, 4—5 Mm. im Durchmesser betragenden, oberflächlichen Geschwüren auf der Mesoarytaenoidfalte (2 mal Haemoptoe 1873 und Ende 1874). Die objectiven Symptome von Seiten der Lungen änderten sich wenig, doch wurde Pat. immer mehr anaemisch, fieberte etc. Nach 2monatlicher Behandlung durch C. wurde die Lammbluttransfusion von Hasse ausgeführt. Darauf nach 6—8 Tagen überraschend schnell zunehmende

Besserung des objectiven und subjectiven Befindens, so dass Pat. etwa 4 Wochen nach der Operation aus der Behandlung von C. in Mentone entlassen werden konnte. Ein Larynxgeschwür war vollständig verheilt, das andere zeigte sich noch als kaum stecknadelkopfgrosse Excoriation. Die objective Untersuchung ergab nur noch geringe Dämpfung des linken oberen Lungenlappens, Vesiculärathmen deutlicher, nur zeitweilig von grossblasigem Rasseln begleitet. Herztöne kräftiger, anaemische Geräusche nur sehr schwach wahrnehmbar. 4 Monate nach der Transfusion wurde constatirt, dass »die Reconvalescenz nicht gestört« worden war. — Verf. ist geneigt anzunehmen, dass die Transfusion auf den Localprocess im Larynx und in der Lunge direct günstig eingewirkt habe; wie? wagt v. C. nicht anzugeben.

Tillmanns (Leipzig).

M. Huppert. Hochgradige Kleinheit des Cerebellum.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. VII. Hft. 1.)

Bei einem vom 3. Lebensjahre an blödsinnigen 24jährigen Burschen, welcher an spastischen Motilitätsstörungen an den Extremitäten und der Wirbelsäule gelitten hatte, fand H. ein fast um die Hälfte, aber in allen seinen Theilen gleichmässig verkleinertes, sonst völlig regelmässig gebildetes Kleinhirn. H. führt dies auf eine Entwicklungs-Hemmung des 3. Hirnbläschen zurück.

Seeligmüller (Halle).

Schmidt-Rimpler. Phlebitis ophthalmica mit letalem Ausgang.

(Vortrag im ärztl. Verein zu Marburg am 2. Juni 1876.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1876. No. 51.)

Bei einem sonst gesunden Mädchen bildete sich Exophthalmus und Oedem der äusseren Lidhaut aus, nachdem ein paar Tage zuvor Röthung der Conjunctiva im äussern Augenwinkel vorhanden gewesen. Am 5. Tage trat Fieber ein und am 6. starb Patientin soporös. Die Obduction ergab eine Osteo-Periostitis am oberen Orbitaldache, eitrige Thrombose der vena ophthalmica und Pyämie.

v. Mosengeil (Bonn).

Mollière. Tumeur volumineuse du sein; ligature préventive des veines; exstirpation, guérison. (Lyon médical.)

(Le mouvement médical 1877. No. 2. p. 18.)

Um die Gefahr der profusen Blutung aus den ausgedehnten Venen, oder den Lufteintritt in dieselben bei der Exstirpation grosser Tumoren der weiblichen Brust zu vermeiden, schickte der Verf. bei der Operation eines rechtseitigen Cystosarcoms von 2350 Grm. Gewicht die mittelbare, percutane Unterbindung zweier grosser Venenstämme voraus. Die Blutung war in Folge dessen bei der Exstirpation sehr gering, die Heilung durch nichts gestört und in 18 Tagen vollendet.

Mögling (Tübingen).

Nicaise. Opération de la hernie ombilicale étranglée.

(Gaz. méd. de Paris 1877. No. 4.)

Die 51jährige Kranke hatte sich im 34. Lebensjahre eine Nabelhernie zugezogen, die ihr bis zum 24. Mai 1876 keine besonderen Beschwerden verursachte; an diesem Tage trat eine Incarceration ein. 2 Tage nachher erfolgte ihre Aufnahme ins Spital, wo eine hühnereigrosse, incarcerirte Nabelhernie constatirt wurde. Dieselbe hatte den Nabel nach oben und rechts gedrängt, die Haut über ihr ist geröthet. Seit dem 24. kein Stuhlgang mehr, hingegen Ileus und überhaupt sehr schwere Incarcerationserscheinungen. Unter diesen Umständen wurde die Taxis gar nicht versucht, sondern N. schritt sogleich zur Herniotomie. Nach einem T-förmigen Hautschnitt gelangte N. auf Fettmassen, diese wurden durchschnitten und es zeigte sich, dass es der Bruchsack war, dessen Wände 4—5 Mm. dick und sehr fettreich waren. Der Bruchsack wurde gleichfalls T-förmig gespalten; in ihm

fand sich zusammengerolltes Netz, das sich nicht ausbreiten liess. Erst nach einer Incision ins Netz, das einen zweiten Bruchsack bildete, kam Darm zu Tage. Die Darmschlinge, dem Dünndarm angehörend, sah gut aus, besser als es die schweren Symptome erwarten liessen. Taxis ohne Debridement gelang nicht, jedoch leicht nach zahlreichen kleinen Einschnitten nach links und nach unten. Das Netz wird durch eine Sutur im oberen Wundwinkel befestigt, von dem Bruchsack ein grosses Stück ausgeschnitten, äussere Wunde und Bruchsack durch 3 Metallsuturen geschlossen. Der weitere Verlauf war günstig und konnte Patientin nach wenigen Tagen das Spital verlassen. N. hebt noch das Missverhältniss zwischen den allgemeinen und localen Erscheinungen hervor.

Kölliker (Würzburg).

A. B. Morris. Removal by lithotomy of two vesical calculi, weighing respectively 2692 and 428 grains.

(The Lancet 1876. Vol. 2. p. 855.)

Der 40jährige Mann wurde im Kursiong (Dep. Bengalen) Hospital mit schwerem Steinleiden aufgenommen. Der Seitensteinschnitt war $3^1/_2$—4″ lang; zuerst würde ein Stein von 7 Drach. 8 Grm. bei einer Länge von $1^1/_2$″ entfernt; es musste zur Entfernung des zweiten eckigen Steines die Prostata rechterseits eingeschnitten werden, Entfernung mit dem Finger, der Stein wog 5 Unz. 4 Drach. 52. Gr. Gute Heilung.

Pils (Stettin).

Panas. Écrasement de l'avant-pied gauche. — Amputation tibio-tarsienne. — Fusées purulentes entre les couches musculaires superficielle et profonde de la face postérieure de la jambe. — Guérison.

(Bulletin de la société de chirurgie, Séance du 1. Mars 1876.)

P. hatte bei einem 20jährigen Metallgiesser, welchem durch ein schweres Stück Gusseisen der linke Fuss zermalmt worden war, die Ablatio pedis (tibio-tarsea) gemacht, und zwar nach folgender Methode: Beginn des Schnittes unter und vor dem Malleol. extern., senkrecht zur Fusssohle herabsteigend, quer in derselben zum inneren Fussrand gehend, und von hier, vor dem malleol. intern., transversal zur Anfangsincision hinziehend. Das Gelenk wird nun vorn aussen eröffnet, der Taluskopf nach aussen und abwärts hin luxirt. Das Lospräpariren des Calcaneus aus der Fersenhaut bildet den Schluss der Operation. — Der so gebildete Lappen legt sich sehr gut an; er ist derb, und reich mit Gefässen versehen. Die vorragende Spitze des malleol. extern. resecirt P.; der Knorpelüberzug an Tibia und Fibula wird intact gelassen. Auswaschung der Wunde mit Alkohol; Watteverband.

Der Wundheilungsverlauf wurde zu Ende der 1. Woche durch phlegmonöse Infiltration der tiefen Muskelscheiden, zu beiden Seiten der Achillessehne, vorübergehend gestört. Wiederholte grosse Incisionen beseitigten diese Complication endlich. P. will künftighin von vornherein Drainröhren in die tiefliegenden Muskelscheiden einlegen.

Heilung in kurzer Frist nach dieser Störung. Pat. geht mit einer gut construirten Prothese vortrefflich.

In der folgenden Discussion äusserten sich Verneuil und Tillaux günstig über die von Panas befolgte Methode hinsichtlich traumatischer Fälle. Perrin hebt die Vorzüge der Amputatio subtalica hervor, de Fort stellt beide Operationen in Bezug auf ihre Mortalität gleich.

Fr. Steiner (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. Sonnabend, den 31. März. **1877.**

Kocher. Zur Prophylaxis der fungösen Gelenkentzündung mit besonderer Berücksichtigung der chronischen Osteomyelitis und ihrer Behandlung mittelst Ignipunctur.

(Vortrag, gehalten vor dem ärztlichen Centralverein der Schweiz.)
(Sammlung klinischer Vorträge No. 102.)

Durch Mittheilung einzelner prägnanter Fälle wird zunächst gezeigt, wie verschiedene Formen und verschiedene Stadien chronischer (und subacuter) Ostitis zu secundären Gelenkaffectionen führen können. Es waren dies Fälle, in denen gerade durch Resection der erkrankten Gelenke der Nachweis geführt werden konnte. Als weitere Belege für die Abhängigkeit einer grossen Anzahl chronischer Gelenkentzündungen von primären Erkrankungen der Gelenkenden selbst und der anstossenden Knochen theilt K. ferner zahlreiche Beobachtungen mit, in denen zu einer Zeit, wo das anstossende Gelenk noch völlig intact war, eine primäre Ostitis beobachtet wurde und zwar genau an den Stellen und in denselben Formen, wie man sonst die Ostitis

im Verein mit chronischer Gelenkentzündung zu sehen bekommt. Unter den 63 Fällen primärer Ostitis war am häufigsten das Caput humeri Sitz derselben, dann folgten das untere Ende des Humerus, der Calcaneus, das Olecranon, das Caput femoris u. s. f.

Was die Differentialdiagnose der primären Ostitis gegenüber der primären Synovitis anbetrifft, so fällt zunächst die lange Dauer auf, während welcher ein fixer Schmerz und oft lähmungsartige Schwäche bestehen bei gleichzeitigem Fehlen objectiver Zeichen. Kommt es zur Gelenkentzündung, so erscheint dieselbe lange in gelinder Form, constratirend mit der Intensität des meist fixen Schmerzes und dem oft hohen Grade der Gebrauchsunfähigkeit. Auch bilden sich früh Abscesse, die durch ihre Localisation auf die Stelle der ursprünglichen Erkrankung hinweisen.

In der Aetiologie obiger Erkrankungen spielt das Trauma eine grosse Rolle, entweder als directe Quetschung des Knochens oder als Zerrung vermittelst der am Knochen sich ansetzenden bindegewebigen Theile.

Was die operative Therapie der primären Ostitis der Gelenkenden anbetrifft, so ist es gewiss, dass die totale Entfernung des kranken Herdes durch Evidement, Resection oder Totalexstirpation in allen Fällen von bereits aufgebrochener eitriger oder fungöser Entzündung (Ostitis ulcerosa) durchaus indicirt ist. Es gehören dahin auch die noch nicht nach aussen aufgebrochenen Abscesse, die reinen Eiter enthalten, sowie auch solche, die wesentlich von schwammigen Granulationen ausgefüllt sind.

Die übrigen Formen der chronischen Ostitis der Gelenkenden machen, nach der Ansicht K.'s (dem sich wohl eine grosse Anzahl von Chirurgen anschliessen wird), ebenso eine active Therapie nöthig, wie die acute Ostitis, weil man erkannt hat, wie gerade diese Affection durch die Hartnäckigkeit des Fortschreitens sich auszeichnet.

Von etwaigen Hautreizen (Pflastern, Jodbepinselungen, dem Glüheisen) wird man höchstens bei oberflächlichen Entzündungen etwas erwarten können, bei tiefer sitzenden Processen muss man die Mittel direct in das Knochenmark bringen. Nach einigen Versuchen, die Heilung der Ostitis chronica durch Einschlagen von Elfenbeinzapfen zu erzielen, Versuche, die von Besserung wenigstens gefolgt waren, erzielte K. weitaus befriedigendere Resultate durch ein Verfahren, welches mit der Ignipunctur von Richet und Juillard Aehnlichkeit hat. K. benutzte dazu ein rothglühendes Eisen mit kolbenförmigem Ende, von dem eine 4—5 Ctm. lange Spitze seitlich abgeht. »Dasselbe wird bei oberflächlich gelegenen Knochen, wie an der Fusswurzel, einfach durch die Haut hindurch tief in den Knochen eingesenkt, was sich mit überraschender Leichtigkeit ausführen lässt in den Fällen, wo es sich um chronische Ostitis in der für diese Behandlung geeigneten Form handelt. Bei tiefer gelegenen Knochen ist es vorzuziehen, einen kleinen Schnitt bis auf den Knochen vorangehen zu lassen«. — Der Schmerz bei dieser Operation ist unbe-

deutend; Erwachsene braucht man nicht zu chloroformiren. Um die Methode möglichst als eine subcutane in Anwendung zu bringen, wurde unter antiseptischen Cautelen operirt und ein antiseptischer Verband angelegt. Dadurch kann man Eiterung und das Zurückbleiben einer Fistel vermeiden. Ausserdem wurde, um die Extremität ruhig zu fixiren, ein Gypsverband applicirt. K. wandte das Verfahren an allen möglichen Körperstellen und in einer grossen Zahl von Fällen an. Ueber 19 dieser Beobachtungen ist K. im Stande, das definitive (günstige) Endresultat der Behandlung mitzutheilen. Entgegen den Angaben von Richet und Juillard wird die Ignipunctur gerade für die Anfangsstadien der Ostitis empfohlen. Diese frühe active Behandlung der Ostitis der Gelenkenden verhütet gleichzeitig die secundäre Arthritis oder heilt dieselbe in ihren Anfangsstadien.

Aber auch in Fällen von fungöser Arthritis, welche durch andere Methoden nicht zur Heilung gelangt sind, kann man noch mittelst der Ignipunctur schöne Erfolge erzielen.

In einem Anhange bemerkt K., dass bei Anwendung intraarticulärer Injectionen und der Ignipunctur die primäre fungöse Synovitis in den Fällen einer circumscripten Primäraffection und bei chronischem Verlaufe bald gebessert wird, dass dagegen in den intensiven Formen die Eiterung u. s. w. viel rascher zu Stande kommt.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Bryant. Cases of compound fracture, in which the wounds were closed with compresses soaked in compound tincture of benzoin.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 747 u. ff.)

In Guy's Hospital wurde mit überraschendem Erfolge bei 14 nach einander hehandelten complicirten Fracturen der Verband mit Tinct. Benz. angewandt; 12 Fälle werden in verschiedenen Nummern mehr oder minder ausführlich wiedergegeben; Complicationen wurden gar nicht beobachtet.

1) 66jähriger Mann. Fract. compl. simpl. cruris. Tibia springt stark vor. Adaption, Compresse, in Benzoe-Tinct. getaucht, wird auf die Bruchstelle gelegt, Schienenverband; als dieselbe am 25. Tage entfernt wird, ist die Wunde vernarbt. Heilung.

2) 24jähriger Mann. Fract. compl. tib. und fib. durch Auffallen eines Steines; obige Verbandweise. In der 4. Woche Untersuchung der Bruchstelle; Alles geheilt.

3) 18jähriger Mann. Fract. compl. crur. durch Hufschlag. Verband mit Tinct. benz. Bei Abnahme in der 3. Woche ist die Hautwunde geheilt.

4) 32jähriger Mann. Fract. compl. crur. Ueberfahren. Derselbe Verband; am 11. Tage Hautwunde geheilt.

5) 23jähriger Mann. Fract. compl. crur. mit starkem Vorstehen der Tibia. Dieselbe Verbandweise. Heilung in 5 Wochen.

6) 52jähriger Mann. Fract. compl. crur. Verband mit Tinct. benz. Revision am 19. Tage, Hautwunde geheilt.

7) 14jähriger Knabe. Fract. compl. tib. Quetschung; Absägung der Tibia. Derselbe Verband. Geringe Nekrose der Sägefläche.

8) 26jähriger Mann. Fract. compl. hum. Schusswunde. Bei Entfernung des Benzoe-Verbandes am 10. Tage Heilung der Hautwunde.

9) 41jähriger Mann. Fract. compl. hum. Quetschung durch Eisenbahnpuffer. Nach Abnahme des Verbandes am 11. Tage besteht noch heftige Schwellung. Die Wunde ist mit einem festen, $1\frac{1}{2}''$ langen Schorf bedeckt.

10) 22jähriges Weib. Fract. compl. ulnae. Wunde $1\frac{1}{2}''$ gross. Verband am 17. Tage erneuert. Heilung.

11) 27jähriger Mann. Fract. compl. metatars. quint. Grosser Hautdefect; Entfernung des Verbandes am 9. Tage; Veränderung nicht angegeben. Weiterhin werden Carbolcompressen angewandt.

12) 25jähriger Mann. Fract. compl. digit. prim. Kreissäge. Entfernung des Verbandes am 6. Tage. Hierauf Kalt-Wasser-Compressen.

Pilz (Stettin).

Boreischa. Ueber die Wirkung des Mutterkorns auf das Gefässsystem und die Gebärmutter.

(Arbeiten aus dem pharmakologischen Laboratorium zu Moskau. Herausgegeben von **A. Sokolowski.** I. Moskau 1876. p. 50—83.)

Ohne auf die einzelnen Streitpuncte und die mannigfachen von einander abweichenden Angaben der verschiedenen Autoren einzugehen, beschränken wir uns darauf, die Resultate der Untersuchungen von B. einfach zu registriren. B. hat ausschliesslich mit dem Ergotin von Bonjean, also dem wässrigen Extracte des Secale corn. experimentirt. Die auffallendste Wirkung übt das Ergotin auf das Herz der Art, dass die Herzthätigkeit beträchtlich beschleunigt wird; zuweilen geht dieser Beschleunigung eine Verzögerung von kurzer Dauer voraus. Beide Effecte sind auf Betheiligung der Vagi zurückzuführen, auf deren primäre Reizung mit nachfolgender Lähmung. Auch auf das excito-motorische Herznervensystem findet eine Einwirkung statt, so dass hieraus zum Theil die nach Lähmung der Herzvagi so auffallende Vermehrung der Herzschlagzahl resultirt. Der Blutdruck sinkt sehr bald und meist in erheblichem Grade, etwa auf die Hälfte seiner ursprünglichen Höhe. In den meisten Fällen, besonders bei grösseren Dosen, wurde Arhythmie bald in den Vorhöfen, bald in den Ventrikeln und zwar partielle, systolische Contractionen der Ventrikel, zuweilen diastolischer Herzstillstand beobachtet. Es schwächt mithin das Ergotin die Energie der Herzarbeit und lähmt in grösseren Dosen das Herz vollständig, so dass es in

Diastole stillsteht und weder auf mechanischen noch auf faradischen Reiz reagirt. Daraus geht hervor, dass nicht nur auf die Herzganglien, wie B. meint, sondern auch auf den Herzmuskel selbst eine lähmende Wirkung von Seiten des Ergotin stattfindet. Wurde das Halsmark abgetrennt oder die Abdominalaorta zugeklemmt, so trat gleichfalls ein Absinken des Blutdrucks ein, aber dieser Abfall geschah nicht in so erheblichem und rapidem Maasse, wie in den Versuchen bei intacten Vasomotoren. Daraus folgert B. weiter, dass das Sinken des Blutdrucks nicht allein von der Alteration der Vasomotoren, also dem Tonus der Gefässe, besonders im Bereiche des N. splanchnicus (Versuche mit Zuklemmen der Abdominalaorta), sondern auch von der herabgesetzten Herzthätigkeit abhängt. Die verminderte Herzarbeit und die Erweiterung der peripheren Gefässe sollen gleichzeitig das Absinken des Blutdrucks und Verlangsamung der Circulation veranlassen und sind nach B. diese beiden Momente als Ursache der haemostatischen Wirkung des Ergotin anzusehen.

Was endlich den Einfluss auf die Bewegungen des Uterus anlangt, so glaubt B. gefunden zu haben, dass diese nach Injection von Ergotin auch ohne Theilnahme des Centralnervensystems eintreten können. Er meint, im Gegensatz zu Oser und Schlesinger, welche die Uterusbewegungen durch Reizung des Gefässcentrums und dadurch bewirkte locale Anämie und Hyperämie bedingt sein lassen, dass die Hauptwirkung des Ergotins sich vielmehr auf die motorischen Uterusgeflechte erstrecke. **J. Munk** (Berlin).

Moos. Ueber den Zusammenhang zwischen Krankheiten des Gehörorgans und solchen des Nervus trigeminus.

(Virch. Arch. Bd. LXVIII. p. 433.)

Die Fälle von gemeinschaftlicher Erkrankung des Gehörorgans mit solchen des nervus trigeminus lassen sich in zwei grosse Gruppen eintheilen. Der ersten Gruppe gehören diejenigen Fälle an, die auf rein cerebrale Störungen zu beziehen sind, dieselben sind gewöhnlich doppelseitig. Nur der sensible Theil des Trigeminus ist afficirt, der motorische Ast bleibt unbetheiligt. In der zweiten Gruppe handelt es sich um wirkliche organische Erkrankungen des Gehörorgans (M. beobachtete als solche acute und chronische eitrige Entzündungen der Paukenhöhle, chronische Entzündungen des Warzenfortsatzes ohne und mit Phlebitis des Sinus transversus und endlich Cholesteatom der Paukenhöhle), mit oder zu welchen die Störungen im Bereiche des nerv. trigeminus erst hinzutreten. Die Störungen im Bereich des Trigeminus sind dann immer einseitig. Sie können die Vorläufer oder Begleiter der Ohraffection sein und sogar schliesslich den einzigen Gegenstand der Behandlung bilden. Am häufigsten ergriffen ist der erste, weniger häufig der zweite und am seltensten der dritte Ast. Die Neuralgie ist entweder continuirlich oder dis-

continuirlich. Häufig schmerzhaft fand sich der Supraorbitalpunct. Die Intensität des Schmerzes war entweder mässig oder auch furibund. Die Beschränkung auf einzelne Aeste des Trigeminus ist die Regel. Einmal waren sämmtliche Trigeminusäste der leidenden Seite ergriffen. Von Fällen der ersten Gruppe werden 4, von solchen der zweiten 6 mitgetheilt. **Madelung** (Bonn).

Neumann. Ueber primäre lupöse Erkrankung der Conjunctiva.

(Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 22. December 1876.)
(Wiener med. Wochenschrift 1876. No. 53.)

Anfangs bestehen an der Conjunctiva leicht blutende Wucherungen, welche unter Entwicklung von Bindegewebsnetzen und Strängen Schrumpfung der Conjunctiva herbeiführen. Der Process ist häufiger am unteren Augenlid, als am oberen. Die mikroskopische Analyse ergiebt auffallende Vergrösserung der Papillen, in und zwischen denselben wucherndes Epithel, die für Lupus charakteristischen feinen Netze und Infiltrationen von Lupuszellen, grossen Reichthum an Gefässen und das Vorkommen von Riesenzellen in den lupösen Wucherungen. Hebra bemerkt zu dem Vortrage, dass bei zwei Fällen seiner Erfahrung durch Aetzen mit Lapis in Substanz Heilung erzielt sei, die in dem einen Falle bereits 10 Jahre andauert.

v. Mosengeil (Bonn).

E. Maas. Exstirpation des Kehlkopfes, Heilung.

(Vortrag mit Krankenvorstellung, gehalten auf dem V. Chirurgencongress 1876.)
(Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 3. p. 535.)

Dieser Fall knüpft an den früher mitgetheilten Fall von Kehlkopfsexstirpation und die dabei angegebene Casuistik an (vergl. Centralbl. f. Chir. 1876. No. 27). Bei dem 50 Jahr alten Patienten war die ganze rechte Seite des Kehlkopfs bis in die Nähe der Epiglottis eingenommen von einer unregelmässig höckerigen Geschwulst (Carcinom). Weil die Wucherung über die Mittellinie hinausging, wie sich später zeigte, und das Carcinom bereits an einigen Stellen den Knorpel durchbrochen hatte, musste der Kehlkopf vollständig exstirpirt werden. Dieses geschah nach Einlegung einer Tamponkanüle in die Trachea (die Tracheotomie war einige Tage vorher gemacht worden), in der modificirten Rose'schen Lagerung des Kranken, wie bei der ersten Exstirpation. Es konnte dieses Mal ein ringförmiges Stück der cartil. cricoid. zurückgelassen werden, wodurch später das Einlegen von Kanülen ungemein erleichtert wurde. Dagegen war die vollständig gesund erscheinende und deswegen zurückgelassene Epiglottis für den Gebrauch künstlicher Stimmapparate sehr hinderlich und ist die Entfernung derselben entschieden anzurathen. Die Blutung war unbedeutend, die Operationsdauer etwa eine halbe Stunde.

M. räth, die Weichtheile zum grössten Theile mit stumpfen und halbstumpfen Instrumenten abzuhebeln und abzulösen, um Gefässverletzungen zu vermeiden. Ferner macht er für die Nachbehandlung auf die Vortheile des permanenten Oesophagealrohres aufmerksam, wodurch die Ernährung der Patienten sehr leicht von Statten geht, jede Reizung der Wunde vermieden und die Pflege des Kranken erleichtert wird. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

B. Stilling. Grosses Lipom auf dem Rücken eines Bluters. Exstirpation unter Anwendung von Lister's Principien der Wundbehandlung. Bedeutende Nachblutungen und Blutanhäufung unter der Haut. Heilung ohne Fieber und ohne Eiterung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 51.)

Der 58jährige Patient hatte in seiner Jugend bei den leichtesten Verletzungen sehr heftige Blutungen und Ohnmachten erlitten; selbst nach leichten Hautabschürfungen traten starke Eiterungen auf und erfolgte die Heilung nur langsam. Das kindskopfgrosse Lipom wurde wegen zunehmender Beschwerden in etwa 2—3 Minuten unter antiseptischen Cautelen exstirpirt. Die Blutung war sehr stark (mindestens 2 Pfund Blut), eine grosse Menge spritzender Blutgefässe mit meist haardünnen Blutstrahlen wurde theils mit Catgut unterbunden, theils durch Torsion geschlossen. Sorgfältige Wundnaht, Lister'scher Verband (gute Compression und Occlusion). — Nach einer halben Stunde bedeutende Nachblutung, welche den ganzen Verband durchtränkte. Da Pat. bei leidlich guten Kräften war und Verf. die Sicherheit hatte, dass ein besser comprimirender und occludirender Verband, als der gegenwärtige, unmöglich anzulegen sei, auch der Puls und das übrige Befinden nicht zu einem augenblicklichen Einschreiten zwang, so entschloss sich St., vorerst abzuwarten, ob die Blutung nicht von selbst stehen würde. Die Blutung dauerte die ganze Nacht, Patient war schlaflos, indess eine länger anhaltende Ohnmacht trat nicht ein. Am folgenden Morgen Verbandwechsel unter antiseptischen Cautelen: Wundränder gut verklebt, nur aus dem untersten Wundwinkel rieselte ein dünnes Strömchen Blut langsam aber continuirlich hervor. Die das Operationsfeld überdeckende Hautpartie war durch eine bedeutende untergossene Blutmasse so stark in die Höhe gehoben, dass sie eine fluctuirende Geschwulst, noch beträchtlicher, als das Lipom vor der Exstirpation, bildete. — Anlegung eines neuen Compressions- und Occlusionsverbandes mit Salicylwatte und Mullbinden. Temperatur subnormal, Puls 75—80. — Die Nachblutung dauerte, jedoch in minderem Grade, bis zur Mitte des dritten Tages nach der Operation. Am vierten Tage abermalige Erneuerung des Verbandes: die Hautwunde war überall per primam geheilt. Die Blutgeschwulst unter der Haut schien jetzt

fester zu sein. Kein Fieber, Allgemeinbefinden gut. — In den folgenden Tagen mehrmalige Erneuerung eines Carbol-Jute-Verbandes. Die Wunde blieb per primam intentionem verheilt, kein Tropfen Eiter oder Wundsecret zeigte sich. Drei Wochen nach der Operation war die ganze Blutmasse unter dem Hautlappen vollständig verschwunden; Pat. wurde geheilt entlassen. — Dass bei dem Pat., bei welchem bisher die kleinste Verletzung eine langwierige Eiterung verursachte, im vorliegenden Falle trotz der beträchtlichen Nachblutung eine so prompte Heilung erzielt wurde, schreibt Verf. wohl mit Recht der Anwendung der Lister'schen Methode zu.

Tillmanns (Leipzig).

J. Edmunds. Report on a second case of caesarean section in which mother and child recovered.

(The obstetr. Journal of Great Britain and Irel. 1877. Jan. p. 685—696.)

Eine wohlgebaute und kräftige Dame aus Strassburg, die zu ihrer Entbindung nach England gekommen war, hatte schon nahezu 3 Tage gekreist; das Fruchtwasser war bereits seit 20 Stunden (!) abgeflossen, als E. hinzugezogen wurde. Das Hinderniss wurde gebildet durch einen von der rechten Wand des kleinen Beckens ausgehenden knorpeligen oder fibrocystischen Tumor, der die Scheide nach vorn und links verdrängte. Der Beckencanal war dadurch auf einen nicht ganz 1 Zoll weiten Spalt reducirt. Transport nach dem London Temperance Hospital.

Vorbereitung: Clysma mit Zusatz von ol. terebinth., halbstündiger Carbolspray zur Desinfection der Zimmerluft, scrupulöse Reinigung der Hände und Instrumente; originelle Position der Kreisenden, welche mit herabhängenden Beinen am Rand des Operationstisches sass, den Oberkörper in kleinem Winkel gegen die Rückenstütze gelehnt, um so das Blut über den Symphysenrand nach vorn und unten abfliessen zu lassen. Chloroform.

Bei der Operation wurde der Spray nur in der Umgebung der Kreisenden nicht auf die Wunde selbst verbreitet. Incision weit nach oben verlängert, da die Blase auch nach der Entleerung ungewöhnlich hoch lag. Der schräg liegende Uterus wurde correspondirend mit der Bauchwunde incidirt, wobei sich die Muskelfasern sehr heftig und unregelmässig retrahirten. Nach Entfernung der leicht asphyktischen Frucht und der Nachgeburt sehr regelmässige Zusammenziehungen, unterstützt durch sanftes Kneten und durch Einbringung runder Eisstücke in das Cavum, sowie durch abwechselnde Darreichung von liq. secalis und ol. terebinth. in Milch. Blutverlust im Ganzen auf 10 Unzen geschätzt.

Keine Uterusnaht. Silberdrahtnähte durch die ganze Dicke der Bauchwand. Carbolwatteverband.

Bei der Nachbehandlung blieben alkoholische Getränke ausgeschlossen; am 5. Tag Einführung eines elastischen Katheters ins

Rectum zur Entleerung der Gase, am 7. Tag reichlicher Stuhl spontan. — Keinerlei Störung des Allgemeinbefindens.

Am Schluss wird die Uterusnaht als irrationell und oft schädlich verworfen, die strenge Antisepsis empfohlen und die Behauptung ausgesprochen, dass, abgesehen von der Gefahr der Nachblutungen, die Prognose des Kaiserschnitts um das Doppelte günstiger sein müsste, als die der Ovariotomie. Wiederholt bedauert E., im Eifer des Operirens nicht daran gedacht zu haben, künftige Conception durch partielle Excision der Tuben zu verhüten. **Löhlein** (Berlin).

Breisky. Zur Würdigung des Narbenectropiums des Muttermundes und dessen operative Behandlung nach Emmet.

(Wiener med. Wochenschrift 1876. No. 49—51.)

Verf. macht auf das noch wenig beachtete Leiden aufmerksam, das zuerst Emmet hervorgehoben hat (vergl. Centralbl. f. Chir. 1876, p. 189). Die anscheinende Seltenheit der Affection wird theilweise dadurch erklärt, dass die röhrenförmigen Specula wenig zur Beobachtung desselben geeignet sind, da sie den Muttermund auseinander ziehen und man das Ectropium für ihre Wirkung ansehen kann. Halbrinnenspecula bei Knieellenbogen- oder Seitenlage geben bessere Auskunft. Als Ursache der Narbenectropien fand Emmet meist Einrisse bei der Geburt. 1862 führte er zum ersten Male die Operation durch Anfrischung der Rissnarben und Vereinigung durch die Naht aus. Seitdem hat E. die Operation an 200 Mal wiederholt. B. hat unter 14 charakteristischen Fällen, die ihm vorgekommen, 5 operirt. Auch bei seinen Fällen leitete sich der Ursprung des Leidens von Geburten her, die ohne Kunsthülfe verlaufen waren. Die Klagen der Patienten bezogen sich, abgesehen von nervösen und anämischen Allgemeinbeschwerden, auf Schmerzen im Becken und Leucorrhoe; dabei theilweise profuse Menses, die bis 8 Tage und länger dauerten. Der objective Befund ergab stets eine anscheinend hypertrophische, aus zwei wulstigen Lippen gebildete Portio vaginalis mit einfacher oder mit folliculöser Erosion, welche hauptsächlich die evertirte, gewulstete Collumschleimhaut betraf; dabei starker Cervicalkatarrh. Die Risse waren stets bilateral, die rechte Seite meist stärker betroffen, der Uterus vergrössert und fast stets antevertirt. Die Mittheilung der Krankengeschichten, deren eine sich auf einen Fall bezieht, den B. selbst erst lange nicht richtig gewürdigt und vergeblich behandelt hatte, zeigt den hohen Werth der Beobachtung und der Therapie Emmet's. Hinsichtlich der Technik giebt B. an, dass nur das Durchführen der Nadeln durch das zähe Gewebe des Collum Schwierigkeiten macht. Blutungen traten nicht ein, doch hatte sich Verf. gegen solche Möglichkeiten durch Anlegen eines Compressoriums geschützt, das aus einer Kornzange mit rechtwinklig abgebogenen, halb kreisförmigen Branchen, welche das Collum umfassen, besteht. **v. Mosengeil** (Bonn).

L. Landau. Zur Operation der Blasenscheidenfistel.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 39.)

Verf. kritisirt die Bozeman'sche und Simon'sche Operations-Methode der Blasen-Scheiden-Fisteln. Er bestätigt die Vorwürfe Simon's gegen die Bozeman'sche Methode in jedem einzelnen Puncte; letztere ist schwieriger, umständlicher und führt nicht so sicher zum Ziele als die Sims-Emmet'sche und Simon'sche Methode, so dass es L. unbegreiflich erscheint, wie man die Bozeman'sche Operationsweise so warm empfehlen kann. Doch ist Verf. entfernt davon, einseitig der Simon'schen Methode das Wort zu reden. So räth L., was die Blosslegung der Fistel betrifft, die Knie-Ellbogen-Lage, die Seiten-Bauchlage und die Steiss-Rückenlage in jedem Falle zu versuchen und zu erproben, für welche Lage dieser oder jener Fall am besten passt. Auch in Bezug auf Anfrischung muss individualisirt werden. Bei grossen Fisteln und Fisteln am Blasenhalse ist zweifellos das Bozeman'sche Verfahren des breiten Ausschneidens zu verwerfen, da bei einem Missglücken der prima intentio Unheilbarkeit die Folge sein kann. Ist genügend Platz, so richtet man sich mit der Anfrischung und Ausschneidung ganz nach der Beschaffenheit der Fistelränder und hier ist es natürlich kein Nachtheil, eher ein Vortheil, mit Bozeman breiter abzutragen. Als Naht genügt die einfache Knopfnaht mit Seide oder Metall. In der Nachbehandlung folgt Verf. Simon, welcher bekanntlich längere Bettlage und die Application eines permanenten Katheters verwarf. In einer Beziehung stimmt Verf. natürlich Bozeman bei, welcher sich gegen die in Deutschland verhältnissmässig so oft geübte Operation des Scheidenschlusses ausgesprochen hat. Bozeman berichtet von 16 Fällen von Blasen- und Harnröhren-Scheiden-Fisteln, die er in einem Jahre in Deutschland mit der Kolpokleisis hat behandelt gesehen. Auf diese 16 Fälle kommen nur 7 Erfolge. Zwei Patientinnen starben 6 Tage nach der Operation; eine, bei der ein Fistelchen zurückblieb, wurde schwanger und bei der Geburt entstand ein Riss in den Damm und in die Blasen-Scheidewand; die vierte Operirte war wegen Unmöglichkeit der Beischlafs-Vollziehung vor die Alternative gestellt, sich von ihrem Gatten scheiden oder die Obliteration wieder öffnen zu lassen; die fünfte ist bereits 4—5 Mal erfolglos operirt und vier andere Kranke sind wegen verschiedener Complicationen unheilbar. Auch Simon tadelte bekanntlich, dass viele Obliterationen der Vagina ohne strenge Indication gemacht würden, so dass er selbst 2 von deutschen Collegen gemachte Querobliterationen wieder trennte; es gelang ihm leicht nach Durchschneidung einiger Narbenstränge die verhältnissmässig kleinen Fisteln zu schliessen. **Tillmanns** (Leipzig).

Hodges. Fractures of the head of the radius.

(Bost. med. and surg. Journal 1877. Vol. 95. p. 65.)

Verf. berichtete 1866 über einen tödtlich verlaufenen Fall, bei welchem neben der dislocirten Fractur des Olecranon sich eine

Längsfractur im capit. radii fand. In der Litteratur begegnete er nur 4 derartigen Aufzeichnungen von Bérard, Velpeau, Flower (2 im George Hosp. Museum), eine bildet Bryant ab. Da H. seit 1866 5 eigene Beobachtungen sammeln konnte, so legte er diese vor, in der Meinung, dass Längsfracturen des capit. rad. häufiger, besonders bei weniger schwer verlaufenden Fracturen am Radius, vorkommen mögen. Von diesen 5 Fällen wurden in 4 das Ellenbogengelenk von schwerer Gewalt betroffen und resecirt, eine wurde auf dem Sectionstische erkannt.

1) 40jähriger Mann. Fall. Capit. rad. gespalten, Olecran. und proc. coron. fracturirt; letzterer zeigt 2 Längsbrüche.

2) 24jähriger Mann. Maschinenverletzung. Längsfractur des capit. rad., fract. condyl. ext.

3) Mann. Fract. capit. rad. $^3/_8$". Fractur des Rad. im oberen Drittel. (Geheilt.)

4) 55jähriger Mann. Auffallen eines schweren Steins. Von der Mitte der Gelenkfläche des capit. rad. gehen 3 Bruchlinien $1^1/_2$" lang durch den Radius, ein Fragment ist ausgelöst. Fract. cond. ext.

5) 21jähriger Mann. Schussfractur. Cap. rad. in 3 gleiche Theile gespalten, von dort geht Bruchlinie durch den Radius auf 1" Länge. Fract. cond. ext.

Wenn nach Verf. Einige in diesen Fällen nur einen zufällig complicirenden Umstand in der Fract. capit. rad. sehen wollen, so möchte er diesen die Gleichmässigkeit der Bruchlinien im capit. rad. entgegenhalten und dass wahrscheinlich dieselbe häufiger vorkomme, als man meine. Die eigenen 6 Fälle von H. wurden nicht diagnosticirt (Mangel der Verschiebung) und waren complicirt mit anderen Fracturen. Viermal war die Ulna und achtmal der Humerus nicht mit gebrochen. In 7 beigegebenen Holzschnitten sind die Bruchverhältnisse der 6 Beobachtungen veranschaulicht. (Vergl. auch Lesser, Zur Mechanik der Gelenkfracturen, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. II.)

Pils (Stettin).

Treves. Eight cases of excision of the knee-joint, together with a description of a new mode of performing the operation.

(British med. Journal 1877. Vol. I. p. 133.)

Verf. ist geneigt, die Misserfolge der Kniegelenksresection hauptsächlich der mangelnden Nachbehandlung und der ungenügenden Immobilisirung zuzuschreiben. Er lässt die Extremität bis zur Vereinigung der Knochen und vollen Heilung der Weichtheile im Schienenverbande. Die Schienen für Ober- und Unterschenkel sind aus festem Leder gewählt, welches in warmem Wasser erweicht, sich den Contouren des Gliedes genau adaptirt. Beide Schienen werden durch an den Seiten des Knies angebrachte Drahtbogen verbunden und mit erhärtenden Binden (Gyps etc.) sorgfältig am Gliede befestigt. Lagerung in einer Schwebe. Die Schienen blieben durch-

schnittlich 3 Monate liegen; die Heilung erfolgte in der Regel in 6 Monaten. Um das Lig. patellae und die vorderen Weichtheile zu schonen, führt T. jederseits am Knie einen seitlichen 3" langen, leicht halbmondförmigen Längsschnitt, durchtrennt die ligg. lateralia, eröffnet die Kapsel, trennt etwaige Adhäsionen, durchschneidet die ligg. cruciata und etwaige Verbindungen zwischen den Gelenkenden, sägt, während die vorderen Weichtheile und das lig. post. geschützt werden, die beiden Gelenkenden ab und entfernt auch die Patella, wenn sie erkrankt sein sollte. Als Vortheile dieser Methode bezeichnet T. 1) Erhaltung der normalen Form des Knies. 2) Bessere Kraft im Beine durch Erhaltung der Quadricepssehne. 3) Vermeidung einer Dislocation durch Erhaltung des lig. post. und der Quadricepssehne mit den Weichtheilen. 4) Gute Bedeckung der Knochenwunden.

Folgende 8 Fälle werden kurz referirt, der eine (8.) ist noch in Behandlung, der eine (6.) starb an Pyämie.

1) 17jähriges Weib. Bestehen des Leidens $2^1/_2$ Jahre; partielle Dislocation nach aussen. Gewöhnliche Operationsmethode; Knorpel usurirt, Synovitis granulosa. Guter Erfolg.

2) 11jähriger Knabe. Bestehen des Leidens 7 Jahre. Luxation der Tibia nach hinten; gewöhnliche Methode; guter Erfolg.

3) 11jähriger Knabe. Bestehen $2^1/_2$ Jahre; seitliche Schnitte; hochgradige Veränderung der Synovialmembran. Usur der Knorpel; gutes Resultat, mit beweglichem Gelenke.

4) 23jähriger Mann. Dauer 8 Jahre; seitliche Schnitte, Synovialmembran von sulzigem Aussehen, Knorpelusur. Entfernung der erkrankten Patella; gutes Resultat.

5) 8jähriger Knabe, nach früherer Resection Dislocation der Tibia nach hinten; erneute Resection, knöcherne Vereinigung; gutes Resultat.

6) 20jähriges Weib, seitliche Schnitte; gelatinöse Degeneration der Synovialmembran, Knorpelusur. † Pyämie.

7) 8jähriger Knabe. Bestehen 3 Jahre, seitliche Schnitte; Gelenkenden cariös; gutes Resultat.

8) 8jähriger Knabe, gewöhnliche Methode wegen Erkrankung der Patella und Fisteln in der vorderen Gelenkwand; noch in Behandlung; geht an Krücken.

Pils (Stettin).

Schede. Ueber keilförmige Osteotomie der Tibia mit gleichzeitiger Durchmeisselung der Fibula bei genu valgum.

(Vortrag vor der chirurg. Section der 49. Naturforscherversammlung zu Hamburg am 21. Septbr. 1876.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1876. No. 52.)

Sch. führte einen 23jährigen Bäcker vor, welcher so hochgradige genua valga gehabt hatte, dass die Unterschenkel bei gestreckter Lage mit einander einen Winkel von 50°, bei aufrechtem Stehen etwa einen Rechten bildeten. Die Füsse waren stark verdreht und in einer Art compensatorischer Klumpfussstellung. Da von Ortho-

pädie, die überdies vergeblich versucht worden war, in diesem Falle nichts erwartet werden konnte, entschied sich Sch. für die Excision eines Keiles aus der Tibia. Zugleich fügte er die lineäre Durchmeisselung der Fibula hinzu, weil deren Geraderichtung durch blosse Verbände sehr grosse Schwierigkeiten bietet, dem Patienten viel Schmerzen macht und selbst die Gefahr der Druckgangrän im Gefolge haben kann. Die Nachbehandlung geschah unter Lister'schem Verbande in Blechschienen. Nach erfolgter Wundbehandlung wurde bis zur Consolidation der Knochen ein Gipsverband angelegt. Zum Schlusse theilt Verf. eine grössere Zahl ähnlicher von ihm operirter Fälle mit.

v. Mosengeil (Bonn).

E. Küster. Ein Fall von Fractur mit Luxation des Talus nebst Bemerkungen zur Gelenkresection.

(Vortrag, gehalten in der Berl. med. Gesellschaft am 1. Novbr. 1876.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 2.)

Verf. stellte einen Fall vor, in welchem der auf dem Boden feststehende Fuss durch eine streifende Schaukel derart verletzt wurde, dass der Unterschenkel gewaltsam gegen den Fuss nach innen umgeknickt erschien. Der stark geschwollene Fuss zeigte unter der Haut an der Aussenseite ein irreponibles Knochenstück dicht unter dem malleolus externus; der Fuss stand nach innen und oben in Dorsalflection. Da die Haut über dem luxirten Knochen zu gangränesciren drohte, wurde sie incidirt. Man fand, dass der Talus am vorderen Rande seiner oberen Gelenkfläche senkrecht gebrochen und nur das hintere grössre Stück dislocirt worden war. Der Hals des Talus und das mit dem os naviculare articulirende Köpfchen waren an ihrer Stelle geblieben. Das luxirte Stück wurde entfernt; unter Lister'schem Verbande trat rasche Heilung mit guter Functionsfähigkeit ein.

Reflexionen über den Einfluss der aseptischen Behandlungsmethode bei Gelenkresection führen den Verf. zum Aufstellen folgender Sätze.

I. Injectionen ins Gelenk müssen bei fungösen und eitrig-serösen Synovitiden schwereren Eingriffen immer vorausgeschickt werden, weil sie zuweilen zur Heilung ausreichen.

II. Die aseptische Incision der Gelenke ist ein an sich ziemlich ungefährlicher Eingriff und empfiehlt sich:

a) bei Gelenkeiterungen sowohl in Folge von Verwundungen, als bei Eiterungen in der geschlossenen Kapsel.

b) bei fungöser Synovitis, welche anderweitig nicht zu beseitigen ist.

c) bei veralteten irreponiblen Luxationen, um direct auf die luxirten Gelenktheile einwirken zu können.

III. Die partielle Resection ist an allen Gelenken, auch am Knie, der totalen vorzuziehen, falls die Krankheit es erlaubt.

IV. Bei der totalen Kniegelenksresection ist der Versuch zu erneuern, durch Schonung alles dessen, was gesund ist, ein bewegliches Knie zu erzielen.

V. Luxirte Fusswurzelknochen soll man am besten primär exstirpiren. **v. Mosengeil** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

R. Davy. The dressing of wounds.

(Brit. med. and. surg. Journal 1876. Vol. II. p. 847.)

Die im Westminster Hospitale gehaltene Vorlesung ist nur im Auszuge gegeben. Verf. bespricht einige ältere und neuere Methoden der Wundbehandlung, giebt zu, dass Lister's Methode für Eröffnung von Gelenken, tief sitzende Abscesse, Eröffnung von Höhlen geeignet sei. Im Uebrigen sei sie aber nicht absolut nothwendig.

Verf. hat die offene Behandlung seit 3 Jahren allein benutzt. Die Zusammenstellung der Resectionen und Amputationen der 2 letzten Jahre, lediglich summarisch, ist: Resection der Hüfte 2, Knie 5, Schulter 1, Ellenbogen 3, os calcis 1, astragalus 1, os cuboid. 4, Amputation des Oberschenkels 1, Unterschenkels 4, Syme 5, Chopart 2, Finger 1, Mamma 3. Von allen 33 Operirten ist keiner gestorben. **Pilz** (Stettin).

Riedinger. Ergotin gegen erfrorene Nasen.

(Vortrag, gehalten in der 4. Sitzung des V. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin am 22. April 1876.)

(Arch. für klin. Chirurgie 1876. Bd. XX. Hft. 2.)

R. hat in einem Falle von erfrorener Nase gegen die blaurothe Verfärbung mit gutem Erfolge subcutane Injectionen von Ergotin angewendet. Die erste Injection in die Nasenspitze hatte einen geringen Erfolg, das Eingespritzte floss aus dem Stichcanal wieder zum grössten Theil ab; die folgenden erfolgreichen machte R. in der Gegend des oberen Drittels der Nase. — R. benutzte die auch von v. Langenbeck gegen Aneurysmen angewendete Bonjean'sche Lösung: Extract. secal. cornut. aq. 2,5, Spir. vini rectific. und Glycerin $\overline{aa}$ 7,5 und injicirte jedes Mal ein Sechstel der Pravaz'schen Spritze.

Maas (Breslau).

A. Langenbeck. Ein Fall von Verschlucken und Steckenbleiben nekrotischer Nasenknochen im Oesophagus.

(Memorabilien 1877. p. 1.)

Eine 40jährige syphilitische Frau konnte eines Tages beim Aufwachen nicht schlucken; die Schlundsonde fühlte in der Mitte des Oesophagus einen unbeweglichen harten Körper; 3 Tage lange vergebliche Extractionsversuche, Pat. konnte kaum einen Tropfen Wasser geniessen. 20 Tage lang ernährende Klystiere, da gelang es, mit einer geknöpften, dünnen Fischbeinsonde vorbei zu kommen. Hebelnde Bewegungen, unterstützt vom Brechacte, führten die Fremdkörper heraus; es fanden sich fest in einander geschoben: beide Conch. infer., Vomer und linkes os nasi. **Pilz** (Stettin).

Nicoladoni. Demonstration eines Präparates von Divertikelbildung im Oesophagus.

(Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 15. Dec. 1876.)

(Wiener med. Wochenschrift 1876. No. 52.)

Das Präparat stammte von einem 8jährigen Mädchen, das sich zwei Jahre vor seinem Tode durch Trinken von Lauge eine Verschorfung des Oesophagus zugezogen hatte; hierdurch wurde Strictur- und Divertikelbildung veranlasst. Da Bougiren sich nicht als möglich erwies, eröffnete Verf. den Divertikel; es zeigte

sich eine halbmondförmige Falte an der vorderen Wand, welche sich gerade über der Strictur befand und das Eindringen der Bougies verhinderte. Nach 8 Tagen starb das Kind an Pneumonie. Verf. meint schliesslich, dass die Beseitigung des Divertikels am besten mit dem Glüheisen geschehen könnte; doch ist nichts Näheres hierüber mitgetheilt. **v. Mosengeil** (Bonn).

Kirchhoff. Lungenvorfall.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 52.)

Der 26jährige kräftige Pat. wurde durch einen Messerstich zwischen 8. und 9. Rippe verwundet. Verf. constatirte eine Hand breit vom Brustbeine entfernt eine mit scharfen Rändern versehene, $2^1/_2$—3 Ctm. lange Wunde, aus welcher ein 3—4 Ctm. breiter, 1,5 Ctm. dicker, 10 Ctm. langer, nicht mehr elastisch anzufühlender, dunkelbraun gefärbter Lungenlappen hervorgetreten war. Die physikalische Untersuchung der Brust ergab in der Umgebung der Wunde eine nur im geringen Grade abweichende Resonanz und schwaches Knisterrasseln. Verf. sah von einer Reposition des Lungenstücks ab, er suchte vielmehr dasselbe dadurch zur vollständigen Loslösung zu bringen, dass er dasselbe durch 2, die Wunde zusammenziehende Nähte an seiner Wurzel möglichst zusammenschnürte. Ausserdem Aderlass, Eis, Antiphlogose. — Der fernere Verlauf der Krankheit unterschied sich kaum von dem einer leichten Lungenentzündung von 8—10 Tagen. Um das immer missfarbiger werdende Lungenstück wurde schliesslich eine Ligatur gelegt und nach 24 Stunden, am 19. Tage nach der Verletzung, fiel es unmittelbar an der Brustwand fast schmerzlos ab (4. März). Die Brustwunde heilte unter unbedeutender Eiterung nach einigen Wochen. — Am 12. März ausgebildeter Trismus mit hochgradigsten tetanischen Contractionen der Nacken-, Rücken- Bauch- und Extremitätenmuskeln bis Ende des Monats. Unter Darreichung von Chloralhydrat (zuweilen mit Morphium) allmälige Besserung, so dass Pat. im Mai seine gewohnten ländlichen Arbeiten wieder vornehmen konnte. Im October war folgender Status: Stichwunde vernarbt, »liegt lose auf«; geringe Beschränkung der tiefsten Respiration. Ein nach körperlichen Anstrengungen auftretender Schmerz unter der Wunde wird immer seltner. Verf. ist der Meinung, dass der durch Zerrung des Lungenstumpfes bedingte Tetanus durch nachträgliche Lösung des ersteren aus der Wunde oder durch zunehmende Nachgiebigkeit der Adhäsionen allmälig verschwand. **Tillmanns** (Leipzig).

Klob. Ein Fall von Leberruptur.

(Sitzung der k. k. Gesellsch. der Aerzte, Wien, 26. Januar 1877.)

Ein 40jähriger Mann stürzte von einem Getreidewagen herab, fiel auf die Deichsel auf, und wurde in der Mitte des Körpers überfahren. Quetschwunden an der spin. ant. sup., die unteren, rechtsseitigen Rippen gebrochen, Hautemphysem über die rechte Thoraxseite bis zur Lendengegend verbreitet. Am 2. Tage nach der Verletzung starker Icterus und Peritonitis, was an Leberruptur zu denken nöthigte. Verlauf in den folgenden Tagen relativ günstig. Am 10. Tage Erscheinungen von Pyämie; am 11. Tage Exit. letal.

Die Obduction ergab neben den Anzeichen der Septhämie, einen querverlaufenden Riss in der Leber, dessen Ränder mit einander verklebt waren; er reichte 6—8 Ctm. tief, und von ihm zweigten sich mehrere Längsrisse ab. Die Verklebung durch altes Extravasat, gemischt mit Gallenbestandtheilen, hergestellt, war eine vollständige. Der Riss selbst war völlig verklebt, und ist K. der Ansicht, dass derselbe, ohne Hinzutreten der Septhämie, mit Hinterlassung einer apoplektischen Cyste, geheilt wäre. (Vergl. auch Centralbl. f. Chir. 1876. p. 511.)

Fr. Steiner (Wien).

W. Erb. Ueber eine eigenthümliche Localisation von Lähmungen im Plexus brachialis.

(Verhandlungen des naturhist.-med. Vereins zu Heidelberg. N. F. Bd. I. Hft. 2.)

In mehreren Fällen von peripherer Lähmung der oberen Extremität fand E. regelmässig dieselben von ganz verschiedenen Nerven versorgten Muskeln gelähmt, nämlich den Deltoideus, Biceps, Brachialis int., meist auch den Supinator long.,

seltener den sup. brevis und das Gebiet des N. medianus. Von Nerven waren also in diesen Fällen als betheiligt anzusehen der N. axillaris, der N. musculo-cutaneus, der N. radialis, selten der N. medianus, und der N. ulnaris. Mithin konnte die lähmende Ursache nur an einer Stelle gesucht werden, wo die am Arm bereits getrennt verlaufenden Nervenfasern noch vereinigt waren, also im Plexus, namentlich im Bereich des 5. und 6. Cervicalnerven. In Uebereinstimmung hiermit machte E. am Plexus brachialis oberhalb der Clavicula einen Punct ausfindig, von welchem aus er gleichzeitig den Deltoideus, Biceps, Brachialis internus und die Supinatoren in Contraction versetzen konnte. **Seeligmüller** (Halle).

F. Fruoci. Angioma diffuso dell' antibraccio e della mano con ricorrenza periodica annuale d'inturgidimento ed erezione.

(Annali clinici-ospedale incurabili — Anno I. p. 128.)

Ein 18jähriges Mädchen stellte sich mit den Erscheinungen einer Phlegmone an Hand und Vorderarm vor. Gleich anfangs fielen mehrere kleine bläuliche Flecke an den 3 ersten Fingern und am Thenar auf. Die phlegmonösen Erscheinungen gingen vorüber; doch blieben mehrfach den Flecken entsprechend, kleine weiche verdrückbare Geschwülste zurück, ebenso eine diffuse tiefe Geschwulst in der Hohlhand und in der Volarfläche des Vorderarms (unterstes Viertel). Eine Flüssigkeitsansammlung in den Sehnenscheiden konnte ausgeschlossen werden und F. stellte die Diagnose: diffuses Angiom. Die Anamnese ergab, dass die Flecke von frühester Kindheit schon bestanden. Die Kranke giebt an, dass jedes Jahr im Frühjahr ein ähnlicher phlegmonöser Process auftrete. **Menzel** (Triest).

Devilliers. Tumeur de la main (Angiome avec hypertrophie fibreuse et dilatation lymphatiques).

(Bullet. de la société anat. de Paris 1876. p. 215.)

Ein 7jähriges Kind bekam seit 4 Monaten schmerzhafte, langsam fortschreitende Schwellung der rechten Hand, ausgehend von Daumen und Zeigefinger. Dieselbe exulcerirte und gab Anlass zu mehrfachen Blutungen. Schlechtes Allgemeinbefinden; Amputation im Vorderarm; Heilung. Der Tumor begriff die ganze Hand mit Ausnahme des 4. Fingers und seines Mittelhandknochens; seine Farbe war grau, stellenweise schwärzlich oder bläulich; die Consistenz mässig fest; die Haut selbst verdünnt und zum Theil exulcerirt. Das Knochenskelet, die Muskeln und Nerven normal; das subcutane Bindegewebe dagegen angiomatös verändert, und zeigt erweiterte Lymphbahnen. — **Pilz** (Stettin).

A. Bidder. Zur Casuistik der tiefen Atheromcysten des Halses.

(Arch. für klin. Chirurgie 1876. Bd. XX. Hft. 2.)

Ein 25jähriges Mädchen bemerkte seit ihrem 12. Jahre dicht über dem Sternum eine Geschwulst, welche nach Eintritt der Menstruation schneller zu wachsen anfing. Bei der Untersuchung im März 1876 lag eine kugelige Geschwulst in der Incisura sterni, deren Wölbung in der Längsrichtung 6, in querer Richtung 7 Ctm. mass. Eine Probepunction sicherte die Diagnose einer Atheromcyste. B. machte die Operation nach dem Esmarch'schen Vorschlage: der dicke Atherombrei wurde mit 1% Carbollösung ausgespült, dann 15 Grm. Lugol'scher Lösung injicirt und einige Zeit in der Cyste gelassen. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall, auch nach 2 Monaten war keine Füllung der Cyste mehr eingetreten.

Maas (Breslau).

Auf Wunsch von Hrn. Bidder fügt die Red. dem Ref. nachfolgende Notiz bei:

»Anfangs Januar 1877 erhielt ich von der Patientin einen Brief aus Paris, in welchem sie mir mittheilt, dass von einer Wiederanfüllung der Cyste bis jetzt keine Spur zu bemerken sei, dass die vordere Halsgegend also ihr vollkommen normales Aussehen behalten habe.« Bidder.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14. **Sonnabend, den 7. April.** **1877.**

Tillaux. De la torsion des artères.

(Bulletin de la Société de Chirurgie 1876. No. 3.)

(Séance de la Société du 22. Mars.)

T. theilt in ausführlicher Weise seine Erfahrungen über die Torsion der Arterien mit, welche manches Bemerkenswerthe enthalten. Er beginnt mit einer historischen Skizze der Methode, der wir entnehmen, dass die Torsion der Arterien schon in der frühesten Entwickelungsperiode der Chirurgie bekannt gewesen, und nur wieder in Vergessenheit gerathen sei, um erst in unserer Zeit wieder aufzutauchen. Vom Jahre 1868 an wurde sie auf Syme's Empfehlung in England vielfach angewandt. T. stützt seine Erfahrungen über die Methode auf ca. 100 grosse Operationen, bei denen er, seit 1871, ausschliesslich die Torsion der Arterien angewandt, und hierbei nie über eine secundäre Blutung zu klagen hatte.

Die Arterien können in ihrer Continuität, oder am durchschnittenen Ende torquirt werden. Ersteres hat T. nie geübt. Die viel-

fachen, daher scheinbar complicirten Proceduren der Torsion (Torsion mit Zurückstülpung und ohne diese, die limitirte und nicht limitirte, die vollständige und unvollständige, endlich die mittelbare und die unmittelbare Torsion) gestalten sich bei näherer Betrachtung der Sache sehr einfach.

Das sogenannte »Refoulement« (Zurückstülpung), ein von Amussat ersonnenes Verfahren, darin bestehend, dass die durch starkes Quetschen des Arterienendes geborstenen inneren Gefässhäute nach einwärts gestülpt werden, ist eine überflüssige Spielerei. Die limitirte (begrenzte) Torsion entstand aus der Besorgniss, es könnte die Arterie durch das vielfache Umdrehen ihres freien Endes endlich so weit hinauf für die Blutzufuhr unwegsam werden, dass daraus die Gefahr einer Gangrän für einen erheblichen Theil der Gewebe resultiren müsste. Es wurde daher bekanntlich von Amussat empfohlen, die Arterie etwas über dem durchschnittenen Ende quer mit einer Pincette zu fassen, und dann mit einer anderen Pincette das unter der ersten liegende Gefässstück zu torquiren. Dem Beispiele A.'s folgte die Mehrzahl der englischen Chirurgen. Diese Vorsichtsmassregel ist überflüssig. Die Torsion der Arterie reicht, selbst bei noch so vielmaligem Umdrehen ihres freien Endes, bis zum Abquetschen desselben, nie über 1—2 Ctm. weit hinauf, und zwar ist es nach T. die Gefässscheide, welche dieses verhindert.

Unter der vollständigen Torsion versteht man das völlige Abdrehen des gefassten freien Endes der Arterie — das einzig empfehlenswerthe Verfahren, weil ja sonst ein Gewebstück in der Wunde bleibt, dessen Lebensfähigkeit mehr als zweifelhaft ist.

Die unvollständige Torsion besteht in einer gewissen Anzahl von Umdrehungen der Arterie, wobei man jedoch stets im Zweifel bleibt, ob sie hinreichen, den völligen Verschluss des Gefässes zu bewirken, daher ist dieses Verfahren nicht zu billigen.

Am besten ist es allerdings, die Torsion unmittelbar an der Arterie selbst zu machen; ist letztere aber schwer isolirbar, so ist die mittelbare Torsion anzuwenden, wobei das anliegende Gewebe mitgefasst wird.

Rücksichtlich des Mechanismus der Blutstillung in der Arterie, bei Anwendung der Torsion, spricht sich T. folgendermassen aus:

Alle 3 Lamellen der Arterie betheiligen sich hieran. Das torquirte Arterienende bekommt die Form eines Conus; die Spitze desselben besteht ausschliesslich aus der äusseren Lamelle, die auf sich selbst eingerollt erscheine. Die mittlere und innere Lamelle bilden im Lumen des Gefässes, und zwar 1 Ctm. über der Spitze des Conus, losgelöst von der Arterienwand, einen klappenähnlichen Vorsprung. T. ist geneigt, bei dieser Verschlussweise der äusseren Lamelle die Hauptrolle zuzuschreiben. Er beruft sich nämlich auf die Erfahrung, dass die Torsion auch bei atheromatösen Arterien, ebenso gute Resultate wie an den normalen gebe. Dies könne doch nur so zu Stande kommen, dass der Hauptverschluss von der Lamina

externa hergestellt werde, da in diesen Fällen die inneren Lamellen brechen, ohne einen klappenförmigen Vorsprung zu bilden (Mangel an Elasticität).

Dass die Torsion überdies aber secundäre Blutungen besser als die Ligatur zu verhindern im Stande sei, dies möchte T. aus den Fällen schliessen, wo sich gelegentlich einer Nekroskopie nach einer Amputation nicht die Spur eines Thrombus im ligirten Gefässe vorfand; die Wiederaufrollung der torquirten Arterienwände sei aber unmöglich; sie leiste dem stärksten Blutandrange sicheren Widerstand.

T. fasst schliesslich seine Anschauungen über die Torsion der Arterien in folgende Sätze zusammen:

1) Die Torsion ist an jeder Arterie anwendbar; insbesondere passt sie für starke Gefässe.

2) Zur Ausführung der Torsion ist nur eine Pincette nöthig.

3) Die Arterie muss schräg, ihrer ganzen Breite nach, gefasst werden.

4) Es muss bis zur völligen Abdrehung des gefassten Arterienendes torquirt werden.

5) Das sogenannte »Refoulement«, gleichwie jede Art von unvollständiger (begrenzter) Torsion, ist überflüssig.

6) Die atheromatösen, die entzündeten Arterien können mit gleich gutem Erfolge, wie normale, torquirt werden.

7) Die Torsion begünstigt die Heilung per primam intent. der Wunden.

8) Die erste Blutung wird durch die Torsion ebenso sicher, wie durch die Ligatur gestillt; vor der secundären Blutung schützt die Torsion jedoch viel mehr als die Ligatur.

Fr. Steiner (Wien).

H. Windelschmidt. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Butylchloral beim Kaninchen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 35.)

Angeregt durch die wichtigen praktischen Consequenzen, welche sich aus den Untersuchungen Liebreich's über das Butylchloral (vergl. Centralbl. f. Chir. 1876. p. 277) ziehen lassen, hat W. das Mittel in Betreff seiner anästhesirenden Eigenschaft ohne Beeinträchtigung von Respiration und Puls einer nochmaligen Untersuchung unterworfen. Verf. bestätigt die Angaben Liebreich's in Betreff der pharmacodynamischen Eigenschaften des Butylchloral. Dasselbe wirkt in kleinen Dosen beim Kaninchen hypnotisch, in grösseren Dosen anästhetisch; die Anästhesie beginnt am Kopfe, geht dann auf den ganzen Körper über, bis zur tiefen Narkose. Die Respirationsfrequenz wird in minimalen Dosen erhöht, in kleinen Dosen bereits bedeutend vermindert, nach grossen Dosen erfolgt Respirationslähmung. Die Pulsfrequenz wird von kleinen Dosen nicht

alterirt, von grossen auch verhältnissmässig wenig und wahrscheinlich secundär in Folge der verminderten Respirationsfrequenz.

Kleine Dosen bis 0,02 injicirt erhöhen Puls- und Respirationsfrequenz und zwar letztere mehr als erstere. Die Respirationsfrequenz fällt darum aber auch um so rapider nach 0,06, während der Puls nicht alterirt wird. Der Puls sinkt bei einer Dosis von 0,86 Butylchloral auf die Hälfte der Frequenz, während die Respirationsfrequenz bereits bis auf ein Viertel ihrer normalen Leistung fällt.

Was die Wirkung auf das Nervensystem betrifft, so ergiebt sich folgendes: Erst nach einer Dosis von 0,28 bis 0,49 Butylchloral subcutan injicirt, tritt ein hypnotischer Zustand auf; nach 0,6 bis 0,86 Anästhesie des Kopfes. Nach 1,0 und mehr beobachtete W. tiefe Narkose, so dass am ganzen Körper ausgesprochene Anästhesie auftrat. Die Temperatur steigt anfangs unabhängig von der Anästhesie, um nachher bedeutend zu sinken. **Tillmanns** (Leipzig).

W. Balser. Ueber eine neue Methode der mikroskopischen Untersuchung des Säugethierkreislaufes.

(Deutsche Zeitschr. für Chirurgie Bd. VII. p. 115.)

Die Membrana nictitans der Vögel (Tauben und Hühner), die Palpebra tertia der Säugethiere (Kaninchen, Lämmer) ist ein Object, welches sich nach den Versuchen von B. sehr gut zur mikroskopischen Beobachtung des Kreislaufes eignet, und zwar besonders darum, weil die Präparation zur Beobachtung keine so bedeutenden Störungen zur Folge hat, wie es z. B. beim Mesenterium der Fall ist. Verf. hat besonders an Kaninchen experimentirt. Dieselben wurden mittelst des Czermak'schen Apparates fixirt. An dem Kaninchenhalter wurde in entsprechender Weise ein kleiner Rahmen verstellbar angebracht, in welchem die Palpebra tertia ausgespannt wurde. Verhinderte man durch öfteres Befeuchten mit schwacher Kochsalzlösung das Eintrocknen, so konnte der Kreislauf durch längere Zeit unter ziemlich normalen Verhältnissen beobachtet werden. B. bedient sich eines Mikroskopes, dessen Tubus horizontal gestellt werden kann, da der Rahmen mit dem Objecte senkrecht steht. Wird das Licht concentrirt, so kann man noch Hartnack's Obj. 7 verwenden, welches freilich erwärmt werden muss. Die Details des Apparates und seiner Verwendung mögen im Originale nachgesehen werden.

Gersuny (Wien).

J. Cohnheim und **L. Lichtheim.** Ueber Hydrämie und hydraemisches Oedem.

(Virch. Arch. Bd. LXIX. p. 106.)

Die ursprüngliche Bright'sche Auffassung, nach welcher Eiweissverlust und die durch ihn bedingte Hydrämie die wesentliche Ursache der Oedeme bei Nierenkranken sein soll, hat man gegenwär-

tig dahin modificirt, dass der Eiweissverlust nur ein die Verdünnung des Blutes und die grössere Transsudirbarkeit desselben begünstigender Nebenumstand sei und dass man das Hauptgewicht für die Erklärung des Hydrops auf die Störung in der Wasserausscheidung, auf die Zurückhaltung des Wassers im Organismus zu legen habe. Man recurrirte auf die hydrämische Plethora (Bartels). Auch gegen diese Ansicht sind gewichtige Widersprüche vorhanden. Die Verff. unterzogen sich der experimentellen Prüfung dieser Theorie. Es wurde Thieren so lange Flüssigkeit (auf Bluttemperatur erwärmte Kochsalzlösung) in eine Vene injicirt, bis sie starben. Nie trat eine Spur von Hautödem, von Anasarka auf. Auch nach den massenhaftesten Infusionen war ausnahmslos das Unterhautbindegewebe völlig trocken. Die hydrämische Plethora führte dagegen zu einer beträchtlichen Vermehrung der Flüssigkeitstranssudation in die Gewebe einer Reihe von Organen, die bei hydropischen Nierenkranken niemals in hervorragender Weise afficirt erscheinen. (Oedem der Darmschleimhaut und Submucosa, des Magens, der mesenterialen Lymphdrüsen, Pancreas, Nieren, Leber, Gallenblasenwandung, Milz, Unterkieferspeicheldrüsen, Conjunctiven, Thränendrüsen und Höhlenhydrops (Ascites). Das eigenthümliche Verhalten der genannten Organe wird verständlich, wenn man bedenkt, dass dieselben mehr oder minder an der Ausscheidung des Wassers aus dem Körper sich betheiligen, die Oedeme also bei Einführung grosser Flüssigkeitsmengen in Beziehung stehen zu der Aufgabe der Organe, auch das überschüssige Wasser zu entfernen. Controllversuche stellten fest, dass die Oedeme nicht durch die Verdünnung des Blutes, also die Vermehrung der relativen Wassermenge, auch nicht im Kochsalzgehalt der injicirten Flüssigkeiten, sondern viemehr in der Plethora, in der Vermehrung der absoluten Wassermenge bedingt sind. Die Wände der Gefässe (Drüsengefässe) der oben genannten Organe verhalten sich also anders, als die der übrigen Körpertheile.

Hiernach versuchen die Verff. eine neue Deutung des Hydrops der Nierenkranken. Weder die hydrämische Plethora noch die Hydrämie als solche kann denselben erklären. Die Verff. nehmen dafür an, dass bei den Nierenkranken gleichzeitig Alterationen der Hautgefässe bestehen. Evident ist diese Combination beim Scharlachfieber. Ebenso bekannt sind die Störungen der Harnsecretion bei grösseren Hautverbrennungen, die Entstehung von Nierenkrankheiten durch Erkältungen sowie der Einfluss der Hautthätigkeit auf die Nierensecretion. Die Affection der Haut an sich dürfte in der Regel nicht ausreichen, um Oedem des Unterhautbindegewebes zu erzeugen, wohl aber, wenn durch die Erkrankung der Nieren die Harnabscheidung gestört wird und hydrämische Plethora entsteht. Schwieriger sind die rein hydrämischen Oedeme bei Phtisikern, bei Krebskranken und anderen kachektischen Individuen zu erklären. Aber zweifellos wird eine länger andauernde Hydrämie als solche selbst die Gefässwände angreifen und durch die gesetzte

Ernährungsstörung in zweiter Linie zum Auftreten von Oedemen führen können.

Die Verff. betonen, dass »die entwickelten Gedanken weit davon entfernt sind, bewiesene Thatsachen zu sein, dass sie lediglich versuchen, eine Erklärung für Erscheinungen zu geben, deren Deutung bisher eine mangelhafte war.« **Madelung** (Bonn).

R. Ultzmann. Zur Electrolyse der Cystengeschwülste.

(Wiener med. Presse 1876. No. 42 u. ff.)

Eine Reihe von Versuchen an Hydrocelen und Eierstockscysten ergab das Resultat, dass die von gewissen Autoren, namentlich von Electrotherapeuten (F. Fieber in Wien, Semeleder in New-York) behauptete auflösende Wirkung des electrischen Stromes nicht existirt und dass die Erfolge, welche die Behandlung in manchen Fällen erzielt, auf ganz andere Gründe zurückzuführen sind. U. verwendete eine constante Batterie von 24 Leclanché-Elementen, deren negativer Pol, eine Gold- oder Platinnadel, in die Cyste eingesenkt und deren positiver Pol als Schwammträger auf die Haut aufgesetzt wurde. Sitzung 10—30 Minuten, jeden zweiten bis dritten Tag. Faustgrosse Hydrocelen konnten oft nach einer Sitzung zum Verschwinden gebracht werden, aber wie U. constatirte, folgendermassen: Die Nadel setzt bekanntlich an der Einstichsstelle einen kleinen Brandschorf, der eine Schliessung des Stichcanals per primam verhindert. Nach Entfernung der Nadel tröpfelt sogleich Flüssigkeit nach; dieses dauert fort, so lange eben der Stichcanal offen ist, so dass die Hydrocelenflüssigkeit in den nächsten 24 Stunden zum Theil in das Gewebe des Scrotum, zum Theil in die Wäsche abfliesst. Begünstigt wird diese rein mechanische Wirkung der Electrolyse durch die Entwickelung von Wasserstoffgas am negativen Pol, welches die Flüssigkeit austreibt. Diese günstige Wirkung ist aber nur möglich bei rein serösen oder serös-albuminösen, das Gewebe nicht irritirenden Ergüssen; ist der Cysteninhalt dick, so fliesst überhaupt nichts aus. Ebenso ist die Procedur selbstverständlich erfolglos, wenn die Nadel die Cystenwand nicht durchbohrt hatte. Enthält die Cyste zersetztes Blut oder Eiter, wie manche Ovarialcysten, so wird die Procedur gefährlich, weil die aussickernde Flüssigkeit eine acute Peritonitis erregen kann, wie es in einem von U. beobachteten Falle nach der ersten Sitzung geschah. Die Cyste musste sofort punctirt werden. Setzt man Hydrocelenflüssigkeit der Diffusion mit destillirtem Wasser aus, so gehen die Salze in das Wasser über, das Albumen bleibt zurück. Wiederholt man den Versuch, nachdem man den electrischen Strom durch die Flüssigkeit durchgeleitet hat, so ist das Resultat genau dasselbe, es bleibt alles Eiweiss zurück, zum Beweis, dass gar keine Umsetzung von Albumen in Albuminat (wie die Electrolytiker behaupten) stattgefunden hat; die chemische Zusammensetzung ist auch absolut die gleiche, wenn man die Flüssigkeit aus einer Hydro-

cele vor und nach der electrolytischen Sitzung untersucht. U. leugnet also nicht, dass bei serösem und serös-albuminösem Inhalte der Cyste, aber nur bei diesem, ein Erfolg zu erreichen sei, allein derselbe beruht einzig und allein (im Gegensatze zu den Anschauungen Fieber's u. A.) in der mechanischen Wirkung der Eröffnung der Cyste durch die eingestossene Nadel und der ätzenden des galvanischen Stromes, welche den Stichcanal permeabel erhält.

Winiwarter (Wien).

W. Busch. Mittheilungen über einige Geschwülste.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 50.)

(Vortrag, gehalten in der med. Section der niederrheinischen Gesellschaft zu Bonn am 26. Juni 1876.)

Die erste Geschwulst gehört zu den Retropharyngealgeschwülsten, von welchen B. (incl. der in den Annalen der Charité früher beschriebenen) bis jetzt ein Dutzend beobachtet hat. Unter denselben befanden sich Fibrome, gut- und bösartige Sarcome, benigne und maligne Lymphome, sowie auch Carcinome, welche zuerst auf der Schleimhaut entstehend die in den retropharyngealen Bindegewebsräumen liegenden Lymphdrüsen inficirt hatten. Das von B. demonstrirte Geschwulstexemplar ist abgesehen von seiner bedeutenden Grösse dadurch ausgezeichnet, dass es ein hier selten vorkommendes, gelapptes Lipom ist und dass es im Vergleich zu früher beobachteten Tumoren einige Abweichungen in dem Verhalten zu den Nachbartheilen zeigte. In allen früher beobachteten Fällen hatte die Geschwulst, nachdem sie eine beträchtlichere Grösse erreicht und die seitliche Pharynxwand vorgewölbt hatte, alle Falten des Gaumensegels geglättet, die Arcus palatoglossus und palato-pharyngeus waren verstrichen u. s. w. Im vorliegenden Falle sah man bei dem etwa 60jährigen Pat. den ganzen Rachenraum von der grossen, seit etwa 10 Jahren bemerkten, glatten und mit Schleimhaut überzogenen Geschwulst eingenommen. Das Gaumensegel war ebenfalls vorgewölbt, aber zwischen ihm und dem Schleimhautüberzuge des Tumors liess sich der Finger einführen und mit Mühe bis in die Choanen nach oben bringen. Die Schleimhautduplicaturen des Gaumensegels waren hier nicht ausgeglichen. Bei der Operation stellte sich heraus, dass die ganze Oberfläche des Lipoms durch kurze, wenn auch leicht trennbare Stränge mit der hinteren Wand der Schleimhaut verwachsen war, so dass ein Verschieben der letzteren bei dem Wachsthum der Geschwulst nicht möglich war. Weder nach oben noch nach unten liess sich das Ende der Geschwulst erreichen. — Es trat zunehmende Verengung der Passage für Nahrung und Luft ein (Erstickungsanfälle). Da Pat. dringend einen operativen Versuch wünschte, entschloss sich B., so viel als möglich von dem Tumor zu entfernen. Zunächst wurde die äusserst empfindliche, zu reflectorischen Bewegungen geneigte Rachenpartie durch häufige Berührung abgehärtet, dann als Voract der Operation im lig. crico-thyreoid. ein künstlicher Luftweg angelegt, um Erstickungsgefahr

zu vermeiden, wenn die Geschwulst aus ihrer Höhle hinter der Schleimhaut herausbefördert wurde und wegen ihrer Grösse nicht schnell genug zwischen den Zahnreihen hindurchgeschafft werden konnte, wie in einem früher von B. beobachteten Falle. Nach der Tracheotomie erholte sich Pat. sehr wesentlich. 14 Tage nach letzterer vollständige Exstirpation des $7^1/_2$ Loth schweren Tumors. Die Tracheotomie erwies sich als sehr nützlich. — Die genähte Gaumensegelspalte heilte per primam. 8 Tage nach der Operation Entfernung der Trachealkanüle und bald darauf verliess Pat. geheilt die Anstalt.

II. Die 2. vorgelegte Geschwulst ist eine mehr als faustgrosse Neubildung des Unterkiefers, bei einer 40jährigen Frau seit etwa mehr als 1 Jahre entwickelt. Die Affection hatte direct im Knochen ihren Anfang genommen und die Zähne gelockert. Blasige Auftreibung des Unterkiefer-Mittelstücks. Die früher nicht erkrankte Schleimhaut war erst in den letzten Wochen über dem proc. alveol. von Innen her in der Grösse eines Markstücks durchbrochen. — Operation und Heilung ohne Besonderheiten.

III. Ein mehr als kindskopfgrosses Fibrosarcom ist durch den Mutterboden, auf welchem es sich entwickelt, merkwürdig. — Einer am Ende der dreissiger Jahre stehenden Frau war wegen einer schweren Augenentzündung vor 2 Jahren ein Setaceum in den Nacken gesetzt worden. Vor einem halben Jahre wuchsen aus dem Haarseilcanale Massen hervor, welche man für Caro luxurians hielt und durch Aetzungen zu zerstören suchte. Trotz der Entfernung des Setaceums wuchsen diese Massen in so colossaler Weise, dass bei dem Eintritt der Patientin ($^1/_2$ Jahr nach dem ersten Auftreten der Neubildung) die ganze Nackenhaut von dem behaarten Kopfe an bis über die Vertebra prominens hinaus von einem schwammigen Gewebe zerstört war. Die Nackenmuskulatur war bis auf die tiefsten Schichten ebenfalls durchwachsen und in der Gegend der Spina occipitalis musste nicht nur das Periost abgetragen werden, sondern es war auch nöthig, die oberflächlichen Schichten des Hinterhauptbeines ebenfalls zu entfernen. Obwohl in der Rheinprovinz Haarseile als Ableitungsmittel sehr oft angewendet werden, so ist dieses doch der erste in der chirurgischen Klinik vorgekommene Fall, dass ein bösartiges Product daraus entstanden wäre. **Tillmanns** (Leipzig).

E. Comin. Traitement de l'anthrax.

(Gaz. de hopitaux 1877. No. 17.)

Sobald die Pustula maligna, die progrediente Form der Entzündung constatirt ist, legt C. in einer Entfernung von 3—5 Querfingern vom Centrum des Infiltrats einen 2—3 Ctm. breiten Ring von Wiener Aetzpaste auf und entfernt innerhalb desselben die gangränösen Partien in dem Maasse, als sie sich abstossen, mit der Scheere. Rascher Stillstand und Sinken der entzündlichen Schwellung soll die Folge der Aetzung sein. **Winiwarter** (Wien).

Th. Dwight. Varicocele in the female.

(Bost. med. and surg. Journal 1877. Vol. XVI. p. 185.)

Ist schon die linke Körperseite zu Krankheiten mehr als die rechte disponirt, so ist speziell nach Peaslee die linke Beckenpartie mehr zu Congestivzuständen und Schmerzen geneigt, weil die linke Ovarien-Vene in die V. renalis und nicht direct wie die rechte in die V. cava mündet. Als Beleg für diese Ansicht giebt D. eine prägnante Beobachtung an einem Injections-Präparat. Die in die Ven. renal einmündende linke V. ovar. hatte $^3/_4$ ihrer Stärke und setzte sich am Beckeneingange aus 2 Venen zusammen; am breiten Mutterbande und der linken Uterus-Seite fand sich ein Plexus von dilatirten, varicösen Venen, der aus anastomosirenden Zweigen der Ven. ovar. und der uterinalen Venen gebildet wurde. Eine schmale Uterin-Vene ging von links quer über den Uterus, um im rechten breiten Mutterbande zu enden. So bestätigt sich Cruveilhier's Behauptung, dass die Becken-Plexus eine wichtige und verbreitete Communication zwischen beiden Körperseiten darstellen. A. priori ist nicht einzusehen, warum beim Weibe weniger häufig, als beim Manne, Varicocele auftreten solle. Die anatomischen Verhältnisse sind gleich günstig, ja beim Weibe, welches mehr an Constipation besonders durch Anfüllung des S. romanum leidet, noch günstiger. Allerdings kann der Tastsinn beim Weibe nicht so leicht wie beim Manne das Leiden entdecken. Auch Richet hat bereits obige Verhältnisse mit Bezug auf die häufige Constipation beim Weibe ausführlich behandelt

Pilz (Stettin).

G. A. Wheeler. A case of poisoning by bromide of cadmium.

(Bost. med. and surg. Journal 1876. Vol. II. p. 434.)

Eine Pat., die ihrer Neuralgie wegen Brom-Ammonium zu nehmen pflegte, liess, da ihr das Medicament ausgegangen, solches vom Droguisten holen, nahm davon die gewöhnliche Menge, gab auch etwas ihrer Mutter, die gerade an Kopfschmerzen litt. Sobald sie die Lösung geschluckt, merkte sie den abweichenden Geschmack und schickte die Flasche sogleich zu W. Beide Pat. erbrachen heftig, klagten über peinigende Schmerzen und Brennen im Magen; die ältere Dame hatte auch Durchfall bekommen. Bei der Unbekanntschaft mit der Art des Giftes konnte kein Antidot gegeben werden. Milch, Eier, Oel wurden gereicht und bei eintretender hochgradiger Prostration Brandy. Nach 5 stündigen Erbrechen und Durchfall, wobei der Puls immer schwächer wurde, trat endlich Schlaf ein. Nach zweitägiger Bettruhe erfolgte volle Genesung. Die chemische Untersuchung ergab in dem Medicamente Brom-Cadmium. Die Flasche hatte als Aufschrift Bromure d'Ammonium getragen; der Droguist hatte sie von einem andern Droguisten erhalten, der noch

eine zweite ebenso etiquettirte besass, sie stammten beide laut Aufschrift aus einem Pariser Hause. (Auch aus Frankreich werden ähnliche Vergiftungsfälle durch mit Bromcadmium verunreinigte Brompräparate gemeldet. Red.). **Pilz** (Stettin).

Hirschberg. Beiträge zur praktischen Augenheilkunde.

Heft I. Berlin, **H. Peters.** 1876. — Heft II. Leipzig, **Veit u. Comp.** 1877.

Das erste Heft enthält Beobachtungen aus den Jahren 1873, 1874, 1875. Von Krankheiten der Bindehaut wurde ein Fall von Blennorrh. neonat. 12 Stunden nach der Geburt constatirt. Mehrere Mal trat bei atrophischen Kindern nach geheilter Blennorhoe Keratomalacie ein. Diphtheritis kam nicht epidemisch und verhältnissmässig milde vor. — Bei Hornhautabscess (Ulc. serp. Saemisch) macht H., wo die sonstige Behandlung nicht ausreicht, nur noch den Schnitt nach Saemisch; die Wunde brauche keineswegs längere Zeit offen gehalten zu werden. — Nach einem neuroparalytischen Hornhautgeschwür eines vierjährigen hydrocephalischen Knaben ergab die Section grauliche Infiltration der Pia der vorderen Convexität, serösen Erguss in die Arachnoïdea; Hydrops sämmtlicher Ventrikel; Basis normal. Ein klinisch ähnlicher Fall bei einem zweijährigen Kinde endigte in Genesung der Grundkrankheit und des Auges mit einem kleinen Irisvorfall. Mehrere Fälle stationärer Keratocele werden mitgetheilt. — Eine ausgedehnte Zerstörung der Hornhaut, 15 Jahre nach traumatischer Facialislähmung, heilte unter Schlussverband. Darauf wurde die Lidspalte von aussen her durch Canthoplastik soweit verengert, dass das obere Lid die Hornhaut bedeckt, wenn bei intendirtem Lidschluss das Auge nach oben geht. — Zur Verhütung sympathischer Ophthalmie befürwortet Verf. bei deletären Verletzungen primäre Enucleation, so lange sie bei noch nicht bestehender Infiltration ohne Lebensgefahr auszuführen ist. Die secundäre Enucleation führt er aus, wenn sechs Wochen nach der Verletzung noch Cyclitis besteht, noch früher bei Fremdkörpern; vorausgesetzt wird immer Erblindung des Auges, der andre Fall nicht in Discussion gezogen. — Als Beitrag zur Glaucomlehre dient eine Tabelle über 29 Fälle (47 Augen). Bei einigen werden die Gesichtsfeldsverhältnisse an Zeichnungen erörtert und neue Krankengeschichten von Glaucoma hämorrhagicum mitgetheilt. — Bei einem 20jährigen Manne mit Strabismus diverg. und höchstgradiger Schwachsichtigkeit rechts, beinahe normaler Sehschärfe und freiem Gesichtsfelde links, zeigten sich beiderseits die Papillen sehnig weiss und trübe und zugleich eine angeborene Schädeldeformation, die als ursächlich zum Sehnervenbefunde angesprochen wird. Ein solcher Zusammenhang wird auch in einem zweiten ähnlichen Falle angenommen. — Die dankbare Therapie der Retinitis diffusa syphilitica wird an mehreren Krankengeschichten erörtert; einmal gingen subjective Erscheinungen der ophthalmoskopischen Veränderung voraus und schwan-

den auch vor derselben. — Bezüglich der Staarextraction wird wesentlich auf einen Bericht in der Berliner klin. Wochenschrift 1876, No. 1 ff. verwiesen; es folgen Bemerkungen über Schichtstaar und hereditären Staar mit wechselnder Form der Trübung. — Zur quantitativen Analyse des Schielens und der Schieloperation empfiehlt Verf. seine Methode, die Beobachtungen zu registriren: Die Blickfeldkugel von 2 Meter Radius wird mit den verticalen Meridianen und denen der Blickebene (s. Helmholtz, Physiol. Opt. 461) so auf eine verticale Wand projicirt, dass auf derselben der Blickpunct in ungefährer Primärstellung den Anfangspunct eines rechtwinkligen Coordinatensystems darstellt; die jeweilige Stellung wird durch den Erhebungs- und Seitenwendungswinkel (Helmholtz) bezeichnet, die in der gebräuchlichen Weise nach den Richtungen durch Plus und Minus unterschieden werden (die Richtungen nach oben und die nach rechts vom Anfangspuncte sind positiv). Eine Anzahl fortlaufende Beobachtungen werden in dieser Weise mitgetheilt. —

Das zweite Heft bezieht sich auf das Jahr 1876 und enthält Aufsätze von Hirschberg und seinen Assistenten. Hirschberg (Ueber den Lanzenschnitt zur Kernstaarextraction) plaidirt, unter Hervorhebung der Schwierigkeit einer exacten Messeroperation, für Ausführung des Hornhautschnittes mit einer Lanze von der Form der grössten Weber'schen, aber ebener Fläche. — Derselbe beschreibt ein Optometer nach dem Principe des astronomischen Fernrohres; aus dem veränderlichen Abstande der Objectiv- und Ocularlinse ergiebt sich der Refractionszustand; die Vertauschung von Objectiv und Ocular ermöglicht eine Controle des Resultates. Nach Bemerkungen über Refractionsbestimmung im aufrechten Bilde, stenopäische Wirkung kleiner Correctionsgläser, folgt eine Berechnung der Constanten des Linsenauges aus den Verhältnissen des aphakischen; es ergeben sich für das reducirte Auge grössere Werthe, als nach Donders. — Im folgenden Aufsatze giebt Thel eine Theorie der Bestimmung der Refraction und Niveaudifferenzen im aufrechten Bilde mit berechneten Tabellen. — Pufahl bespricht mit Bezugnahme auf den Adler'schen Concheurynter (Wiener med. Wochenschrift 1876, No. 8 u. 9) die Enucleatio bulbi, theilt mehrere Enucleationen, eine Exenteration wegen Tumoren mit. Derselbe giebt den Verlauf von fünf nach Weber mit Iridectomie operirten Cataracten und eine Statistik der im Jahre 1876 ausgeführten Operationen und beobachteten Krankheiten. — Aus den casuistischen Mittheilungen von Rother seien folgende erwähnt. Bei einem 15jährigen Mädchen war 1874 Chorioïditis disseminata centralis und Synechiae poster. constatirt. 1876 fand sich neben deutlichen Zeichen lange bestehender Lues der untere Quadrant der Sclera bis über den Aequator durch eine solide gelbliche Anschwellung mit violetter Injection (Gumma Sclerae) aufgetrieben. Der entsprechende Hornhautquadrant ist sclerotisch getrübt, der der Iris angeschwollen. Synech. post. circ. Aeltere Membr. pupill. exsudat., Umriss der Papille eben noch zu erkennen. Nach

zwei energischen Schmierkuren ist die Geschwulst vollkommen verschwunden. — Eine Frau von 33 Jahren erblindete definitiv 4 Tage nach ungewöhnlich starker Menstrualblutung. Beiderseits atrophische Excavation der Papille. Geringe Verschmälerung der Arterienäste; sonst keine ophthalmoskopischen Veränderungen.

Fränkel (Chemnitz).

M. Bernhardt. Beitrag zur Lehre von der acuten atrophischen (Spinal-) Lähmung Erwachsener.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. VII. Hft. 2.)

B. theilt 2 Fälle von acuter atrophischer (Spinal-) Lähmung mit, in welchen sich allmälig eine bedeutende Atrophie ganz bestimmter und umgrenzter Muskelgruppen ausbildete, welche auch in Jahr und Tag nicht rückgängig wurde. Das dieser Thatsache analoge, fast typische Freibleiben einzelner Muskeln bei Bleilähmungen (des Supinator longus) und in einem Falle von traumatischer Depression des Dornfortsatzes des 1. Lendenwirbels nach Verschüttung hat Remak darauf zurückgeführt, dass die Kerne für die Nerven der Extremitätenmuskeln in der Hals-, resp. Lendenanschwellung des Rückenmarks in bestimmten Horizontalebenen neben resp. über einander gelagert sind, so dass die Erkrankung resp. Verletzung eines bestimmten Rückenmarksquerschnitts motorische Lähmung und Atrophie von Muskeln zur Folge haben kann, welche der Lage nach weit von einander entfernt sind und von ganz verschiedenen Nervenstämmen versorgt werden.

Indem B. diese Anschauung Remak's adoptirt, glaubt er sowohl die Bleilähmung, wie die acute atrophische Lähmung Erwachsener als spinale Lähmungen auffassen zu müssen. Jedoch lasse sich gegen die Annahme eines peripheren Ursprungs beider Affectionen nichts einwenden, so lange der ausschliesslich spinale Ursprung derselben nicht durch zahlreiche Obductionsbefunde und mikroskopische Untersuchungen vollständig sicher gestellt sei.

Seeligmüller (Halle).

Aniello d'Ambrosio. Del prolapso del retto.

(Annali clin. dell Ospedale Incurabili 1876. Novembre.)

Theils aus Experimenten an Hunden, theils aus Beobachtungen an Kranken schliesst Verf., dass der Prolapsus sämmtlicher Membranen des Rectums häufiger sei, als der Vorfall der blossen Schleimhaut. Die circuläre Furche begleitet nicht blos die Invagination des Rectums, sondern findet sich auch sehr häufig beim Prolapsus recti und hängt davon ab, dass der Levator ani in frischen Fällen noch nicht genügend erschlafft ist, oder dass die Einstülpung der Membranen erst von dem oberen Rande der Analportion des Rectums beginnt. Die Furchen des Prolapsus und der Invagination sind nur durch die Tiefe von einander verschieden.

Menzel (Triest).

Le Fort. Nouvelle méthode de traitement des rétrécissements de l'urèthre. Dilatation immédiate progressive.

(Gaz. des hôpitaux 1876. No. 130.)

Nachdem ein an seinem Manubrium mit einem metallenen Ansatze versehenes elastisches Bougie 24 Stunden in der Harnröhre gelegen hat, um das Narbengewebe durch den längeren Druck zu erweichen und dadurch ausdehnungsfähiger zu machen, schraubt man an das Ansatzstück einen 3 Mm. dicken conischen Metallkatheter, der unter Leitung des Bougies soweit vorgeschoben wird, dass er in die Stenose zu liegen kommt.

Nach einiger Zeit wird derselbe und das Bougie aus der Urethra gezogen, letzteres jedoch nur so weit, dass an seinen Griff nach Entfernung des Katheters jetzt ein anderer 5 Mm. dicker geschraubt werden kann, um denselben wieder wie den ersten zu appliciren, und um endlich dieselbe Encheirese mit einem 7 Mm. dicken Instrumente zu wiederholen.

Diese Operation, die der Verf. seit sieben Jahren mit dem besten Erfolge übt, soll in einer einzigen Sitzung die hartnäckigsten Stricturen genügend zu dilatiren vermögen, und niemals, mit Ausnahme sehr weniger ganz besonders refractärer Fälle, wo Urethralfieber auftrat, — das jedoch nach der innerlichen Darreichung von schwefelsaurem Chinin bald verschwand — nachtheilige Folgen gehabt haben.

Schliesslich stellt der Verf. auf Grund seiner bezüglichen Beobachtungen noch folgende Sätze auf:

Es giebt kein Mittel, welches ohne Weiteres eine definitive Heilung der in Rede stehenden Störung zu bewirken im Stande wäre.

In der Mehrzahl der Fälle tritt ein Recidiv ein, wenn der Kranke mit der Einführung von Instrumenten zu früh aufgehört hat.

Zweifellos würde die einfache Dilatation die beste Methode sein, hätte sie nicht den Nachtheil, dass sie sich bei sehr engen und harten Verengerungen wenig wirksam erweist, dass sie zuweilen Urethralfieber hervorruft, und dass sie selbst bei leichten Graden einen langen Zeitraum in Anspruch nimmt.

Besonders letzterem Uebelstande abzuhelfen, und meist, wenn nicht immer, die innere Urethrotomie oder Divulsion unnöthig zu machen, bezweckt das beschriebene Verfahren.

Kann man eine solche Strictur ohne zu grossen Widerstand beim Beginn der Behandlung mit einem 3 Mm. dicken Instrument passiren, so ist es möglich, in einer Session durch allmälige Dilatation bis zur Einführung eines Bougies von 7 Mm. Kaliber zu gelangen.

Wie alle anderen Verfahren schützt auch das genannte vor Rückfällen nur dann, wenn die Cur so lange fortgesetzt wird, bis die Contractilität der stricturirten Stelle vollständig aufgehoben ist.

Pauli (Cöln a/Rh.).

Kleinere Mittheilungen.

H. Magnus. Der therapeutische Werth des Alauns für die Erkrankungen der Conjunctiva.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 37.)

Verf. giebt dem Alaun bei den verschiedenen acuten und chronischen katarrhalischen Zuständen der Conjunctiva den Vorzug vor den anderen Arzneimitteln. Auch bei den leichteren und mittelgradigen Formen der Conjunctivitis granulosa zieht M. den Alaun dem Cuprumstift vor. Verf. wendet den Alaun in Substanz als Stift an. Die Anwendungsform des letzteren ist leicht, ermöglicht eine genaue Localisirung des Medicaments und ist für den Patienten angenehmer, als das Zink, Kupfer etc. Die subjectiven Erscheinungen nach Application des Alaunstiftes (Stechen, Brennen) dauern kaum länger, als 1 Minute.

Tillmanns (Leipzig).

J. J. Chisolm. Congenital irideremia.

(Archives of clin. surg. 1877. p. 276.)

Bei einem 17jährigen Mädchen mit Strabismus convergens wurden beide Mm. rect. int. gelöst, und die Tenon'sche Kapsel über und unter dem Ansatze derselben durchtrennt. Die Augen schienen schwarze Iris mit undeutlicher Pupille zu haben; die genauere Untersuchung zeigte aber die Abwesenheit der Iris auf beiden Augen. Leider gestattete die hochgradige Myopie keine Untersuchung über den Accommodations-Vorgang; auf dem rechten Auge war eine centrale Kerntrübung mit einer leicht diffusen Trübung der umgebenden Linsensubstanz. Die Peripherie war vollkommen normal. **Pilz** (Stettin).

E. Leyden. Zwei Fälle von acuter Bulbärparalyse.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. VII. Hft. 1.)

L. theilt 2 bei Lebzeiten genau beobachtete und post mortem sorgfältig untersuchte Fälle von acuter Bulbärparalyse mit. In beiden Fällen handelte es sich um einen circumscripten Erweichungsherd, welcher in dem ersten mit Wahrscheinlichkeit auf Embolie, in dem 2. auf senile Erweichung zurückzuführen war. In beiden war neben der mässigen Beeinträchtigung der Sprache und zuletzt der Respiration, die Schlinglähmung das hervorragendste Symptom. **Seeligmüller** (Halle).

C. Orton. Dislocation of the neck from a blow.

(The Lancet 1876. Vol. 2. p. 858.)

Ein 50jähriger, kräftiger Mann erhielt von der Seite und etwas von hinten einen Faustschlag unter den rechten Kieferwinkel und fiel sogleich todt nieder. Section: der Kopf abnorm beweglich; totale Luxation zwischen erstem und zweitem Halswirbel. Der proc. odont. ist vorn in's Rückenmark eingepresst; sämmtliche Bänder zwischen 2. und 1. Halswirbel und zwischen 2. Halswirbel und Hinterhaupt sind zerrissen; es bestand keine Fractur und seltsamer Weise war das lig. transv. unzerrissen; der Atlas hing fest mit dem nach vorn gebogenen Schädel zusammen. — Malgaigne erwähnt 2 Fälle von Heilung. Im ersteren war der Kopf soweit nach vorn gebeugt, dass das Kinn das Brustbein berührte. Heilung erfolgte in dieser Stellung. Im 2. Falle bestand eine Luxation nach hinten, der Kopf lag auf dem rechten Schulterblatte, pendelte bei Bewegung von einer Seite zur andern; Bewusstlosigkeit und allgemeine Paralyse; die Reduction gelang mit hörbarem Geräusch. **Pilz** (Stettin).

F. Frusci. Cisti di Echinocochi della Colonna vertebrale.

(Annali clin. dell' Ospedale Incurabili 1876. Novembre.)

Ein ungefähr 27jähriges Weib zeigte am Rücken eine ovoide Geschwulst, welche sich rechterseits von dem Winkel der Scapula bis zum 3. Lendenwirbel erstreckte. Die Haut war unverändert. Die Geschwulst deutlich zweifächerig und in der Furche eine dünne Knochenspange zu fühlen, welche mit dem Querfortsatze des 12. Rückenwirbels in Verbindung zu stehen schien. Linkerseits, entsprechend

dem 12. Wirbelkörper, war ein kleiner Tumor, scheinbar selbständig, doch liess sich die Fluctuation, welche man im grossen Sacke erzeugte, ganz deutlich auch im kleinen fühlen. Es wurde die Diagnose auf Caries der Wirbelsäule mit Abscessbildung gestellt. Die einfache Punction entleerte nichts, weil die Kanüle verstopft wurde, erst durch Incision entleerten sich massenhaft Cysten. Die Kranke starb einen Monat später an Verjauchung des Sackes.

Die Section zeigte, dass entsprechend dem 12. Brustwirbel der Echinococcus in den Wirbelcanal eingedrungen war, dass die Meningen theilweise von den Wirbelkörpern abgelöst waren und an einer Stelle ein kleiner Echinococcus die Meningen schon theilweise perforirt hatte. Zum Schlusse hebt der Verf. die Seltenheit des Falles hervor. Fremitus hydatidus war vor der Punction resp. Incision nicht vorhanden.

Menzel (Triest).

V. Zavertal. La Diagnosi degli aneurismi dell' Aorta toracica ed il valore pratico della Laringoscopia etc.

(Rivista clinica di Bologna 1876. Dicembre.)

Während bei normalen Verhältnissen nur eine ganz schwache Vibration der Trachealwandungen sichtbar wird, kann man bei Aorten-Aneurysmen mit dem Larynxspiegel eine mehr oder weniger bemerkbare Einbiegung derselben bei jeder Systole beobachten.

Nach Z. soll Schrötter einen derartigen Kranken (Aort.-Aneur.) an Berührungen des Aneurysmas von der Trachea aus mit einem katheterartigen Instrumente gewöhnt haben, in der Absicht, auf demselben Wege eine Injection von ferrum sesquichloratum vorzunehmen. Leider starb der Kranke (Berstung des Aneurysma), bevor der kühne Gedanke zur Ausführung kam.

Menzel (Triest).

Grünfeld. Harnröhrenpolyp von seltener Grösse.

(Sitzung der k. k. Gesellsch. der Aerzte, Wien, 26. Januar 1877.)

Mittelst des Endoskops war bei dem Pat. in der Urethra, 12 Ctm. vom Orific. extern. entfernt, das Neugebilde zu sehen. G. führte einen Polypenschlingenschnürer, den er sich nach dem Principe des Blake'schen, für Ohrpolypen angegebenen Instrumentes hatte anfertigen lassen, durch den endoskopischen Tubus ein, und, nachdem nach wiederholtem Abgleiten und Abreissen des Drahtes, es endlich gelungen war, den Polypen zu fassen, wurde der Draht (da das Abschnüren wegen beständigen Reissens des Drahtes nicht gelingen wollte) mit möglichst zusammengezogener Schlinge in der Urethra liegen gelassen. Letztere wurde nach je einigen Stunden immer wieder etwas fester angezogen. In der Nacht trat eine Blutung ein, wegen welcher sich Pat. den Draht selbst herauszog; an ihm hing der Polyp, der 25 Mm. lang war, und 12 Mm. im Durchmesser hatte; sein Stiel hatte 5—6 Mm. im Durchmesser.

Fr. Steiner (Wien).

Risel. Ein Fall von Brainard'schem Katheterismus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 44.)

Auch dieser Fall beweist, wie gering die Schwierigkeiten sind, welche das Sondiren des Ostium vesicale urethrae nach der Punction der Blase beim Lebenden darbietet. Die Turgescenz der lebendigen, blutgefüllten Gewebe bedingt eben »eine schärfere Profilirung aller auf der Schleimhautfläche der Blase vorhandenen Unebenheiten«, als es an der Leiche möglich ist. Sodann betont B., dass es sehr wohl gelingt, den Brainard'schen Katheterismus unmittelbar nach der Punction der Blase auszuführen und es nicht immer nothwendig ist, zwischen beiden Operationen einen Zeitraum von mehreren Tagen fallen zu lassen. Verf. glaubt, dass die bei chronischer und acuter Harnretention bestehende trichterförmige Erweiterung des Ostium vesicale urethrae die Ausführung der Sondirung bei gefüllter Blase erleichtere. — Metallenen Sonden will R. den Vorzug geben vor den mit Mandrin versehenen elastischen Kathetern; vielleicht empfiehlt sich, nach Dittel die Docke des Troikars selbst zur Sondirung zu benutzen.

Tillmanns (Leipzig).

Der Steinschnitt im Jahre 1474.

In einer Chronik aus dieser Zeit findet sich folgende nicht uninteressante Notiz (Gaz. des hôpitaux 1876. No. 135):

Im Jahre 1474 richteten mehrere Aerzte und Chirurgen an Ludwig XI., König von Frankreich, das Gesuch, dass er ihnen, da eine Operation an einem lebenden, mit einem Harnblasensteine behafteten Menschen zur besonderen Belehrung gereichen würde, die Ausführung derselben an einem Verbrecher, der zum Galgen verurtheilt war und an Steinkrankheit litt, gestatten möge.

Nach Willfahrung dieser Bitte fand die Operation öffentlich auf dem Kirchhofe Saint Séverin statt.

»Nachdem sodann auf Befehl des Königs die Wunde so gut verbunden, dass sie schon nach 14 Tagen verheilt war, wurde der Verbrecher nicht allein von seiner Strafe freigesprochen, sondern auch noch reichlich mit Geld beschenkt.«

Pauli (Cöln a/Rh.).

Semeleder. Electrolytische Behandlung der Gebärmutter-Fibroide.

(Wiener med. Presse 1876. No. 52.)

Der Verf. wohnte in New-York mehreren von Cutler unternommenen electrolytischen Sitzungen bei Uterusfibroiden bei, welche angeblich sämmtlich von Erfolg begleitet waren. Verkleinerung der Geschwülste, Sistiren der Blutungen, Besserung des Allgemeinbefindens, der Stuhlverstopfung u. s. w. werden als Wirkungen der Behandlung angegeben; in 3 Fällen soll der Tumor ganz verschwunden sein.

Winiwarter (Wien).

A. Bidder. Vorschlag zu einem methodisch combinirten Verfahren bei Behandlung beginnender Coxitis mittelst der Distractionsmethode.

(Arch. f. klin. Chirurgie 1876. Bd. XX. Hft. 2.)

Um die Vortheile der Extensionsmethode bei Hüftgelenksentzündungen in passender Weise mit einer ambulanten Behandlung vermittelst der Taylor'schen Schiene zu verbinden, wendet B. in den ersten Wochen die gewöhnliche Extension mit Gewichten im Bette an, bis die Schmerzen aufgehört haben, und die Stellung eine normale ist. Dann lässt B. am Tage die Taylor'sche Schiene tragen und für die Nacht wieder die Gewichtsextension anlegen. Ein sehr günstig verlaufender Fall bei einem $3^3/_4$jährigen Knaben wird zur Erläuterung des Verfahrens mitgetheilt.

Maas (Breslau).

Berichtigung.

In meiner Mittheilung vom 24. März d. J. im Centralblatt für Chir. »Einiges über Fieber nach antiseptischen Operationen« findet sich die Angabe, dass ich als Assistent der Leipziger chirurgischen Klinik öfters gesehen habe, »dass Kranke nach Beendigung einer nicht viel Blut kostenden Operation collabirten und entweder sofort an »Erschöpfung« oder nach wenigen Tagen an »acuter Sepsis« oder dergleichen starben, oder endlich erst nach einigen Tagen fieberhaften Unwohlseins sich bei stets normalem Wundverlauf allgemeinen Wohlbefindens erfreuten«.

Da diese Angabe missverstanden werden kann, so erkläre ich ausdrücklich, dass ich nur solche Fälle im Sinne habe, bei denen gleichzeitig innere oder äussere schwere Verletzungen vorhanden waren, oder grössere operative Eingriffe aus anderen Gründen vorgenommen wurden, durch welche allein eine Veranlassung zur Erschöpfung oder acuten Sepsis schon gegeben war, deren Intensität und Verlauf nur möglicherweise durch Körperabkühlung gesteigert und beschleunigt wurde.

Dresden, den 26. März 1877. Stabsarzt Dr. Credé.

Druckfehler: S. 204, Z. 3 v. u. lies 80° statt 50°.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.
Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. **Sonnabend, den 14. April.** **1877.**

G. Fischer. Statistik der in dem Kriege 1870/71 im Preussischen Heere und in den mit demselben im engeren Verbande gestandenen Norddeutschen Bundes-Contingenten vorgekommenen Verwundungen und Tödtungen. —

(Berlin, 1876, **v. Decker.** Gr. 4. 64 S.)

Das Material zu der zahlenreichen Arbeit ist grösstentheils den officiellen Verlustlisten und den berichtigenden Nachträgen zu diesen letzteren entnommen. In der statistischen Bearbeitung hat Verf. den Zweck verfolgt, die Häufigkeit der im Kriege vorgekommenen Verletzungen (einschliesslich der tödtlichen) je nach der Waffengattung, nach der Charge der Verletzten, nach dem Körpertheil, der Waffe oder dem Geschoss und nach der Schwere der Verletzung ersichtlich zu machen. Ueber die Art der Verletzung geben die Tabellen keinen Aufschluss.

Von den vielen interessanten Daten, welche die Rechnung ergiebt, können wir natürlich nur einige, speciell den Chirurgen interessirende hervorheben.

Der Gesammtverlust an Todten und Verwundeten beträgt 88,877; darunter sind 4668 Officiere (incl. Fähnriche, Vice-Feldwebel Aerzte etc.) und 84,209 Mannschaften. Davon wurden

sofort getödtet . .	879	oder	18,8%	Officiere,	12677	oder	15,1%	Mannschaften.
leicht verwundet .	1979	-	42,4%	-	32332	-	38,4%	-
schwer verwundet	1447	-	31,0%	-	24076	-	28,6%	-
einfach als »verwundet« genannt .	363	-	7,8%	-	15124	-	17,9%	-

Nachträglich an ihren Wunden gestorben sind (soweit die Verlustlisten darüber Aufschluss gaben) 495=13,1% Officiere und 4190 (5,9%) Mannschaften.

Nur bei 65160 Personen obiger Gesammtsumme waren der Sitz der Verwundung und die Waffe, welche sie erzeugte, genau bekannt.

Bezüglich der Waffe stellte sich hierbei, den Erfahrungen der letzten Feldzüge entgegen, ein auffallendes Ueberwiegen der Verwundungen durch Gewehrschuss in diesem Kriege heraus. Während z. B. im Feldzuge 1866 von 13202 Verwundungen 79% durch Gewehrschüsse, 16% durch Granaten, fast 5% durch Säbel und Lanze und 0,4% durch das Bajonett erzeugt waren, kommen im Kriege 1870/71 nach Verf.

auf Gewehrschüsse	86 %	der	Verwundungen,
- Granat- und Bombensplitter . . .	7,8	-	-
- Säbelhiebe und Kolbenschläge . .	0,3	-	-
- Bajonett- und Lanzenstiche	0,9	-	-
- Sprengstücke von Gestein und Erde	0,4	-	-
- Verbrennungen . . . . fast	0,1	-	-
- Minen-Explosion . . . . fast	0,1	-	-
- verschiedene Unglücksfälle	0,4	-	-
- ohne Angabe der Waffe	4,0	-	-

Von den einzelnen Truppengattungen war es besonders die Infanterie, welche der Einwirkung der feindlichen Handfeuerwaffen ausgesetzt war (89,2%), nächstdem die höheren Stäbe und die Cavallerie (77,9 resp. 75,5%); während von den feindlichen Granaten, wie aus der Kampfesweise erklärlich, vorzugsweise die Artillerie (30,6% ihrer Verwundungen) und die Pioniere (27,4%) litten. Unter den Verlusten der Cavallerie belaufen sich die durch Säbelhiebe hervorgerufenen auf 6,2%, die durch Bajonett- und Lanzenstiche erzeugten auf 11,3%.

Ob und in welchem Maasse dieser oder jener Körpertheil der Combattanten einer Waffengattung mehr oder weniger den feindlichen Waffen ausgesetzt war, ist aus einer Reihe von Tabellen in Abschnitt VII und VIII (Seite 9—15) ersichtlich. Während bei den blessirten Officieren der Infanterie die Schusswunden im Oberschenkel (16,5%) die Mehrzahl der Blessuren bilden, haben die Granatsplitter bei eben denselben am häufigsten den Kopf (26%) getroffen. Bei den Schusswunden folgen, je nach der Häufigkeit, die Verwundungen

am Arm, Kopf, Brust, Unterleib, Schulter, Fuss (15,2, 10,3, 7,4, 7,0, 6,2, 6,1 %), wogegen bei den Granatsplitterwunden in zweiter Reihe ebenfalls die Armwunden (13,7 %), sodann aber die des Oberschenkels, Fusses, Beins, Unterschenkels, der Brust und die der Schulter (mit 9,6, 7,5, 6,0, 6,0, 4,8, 4,8 %) aufzuführen sind.

Bei den durch Schusswunden blessirten Officieren der Cavallerie ist, ungeachtet der grossen Verschiedenheit der beiden Truppengattungen, die Reihenfolge der am häufigsten getroffenen Körpertheile ganz dieselbe, wie bei der Infanterie (Oberschenkel, Arm, Kopf, Brust, Unterleib); sogar die Procentsummen sind nahezu conform, nur dass die Schusswunden am Kopf bei der Cavallerie um 3,7 % höher sich beziffern.

Bei den Officieren der Artillerie sind am häufigsten die Blessuren des Arms und Oberschenkels (je 14,9 %), dann folgen die der Brust und des Kopfes (9,8 und 9,2 %), des Unterschenkels (7,5 %), des Fusses (6,3 %), der Schulter (5,2 %) u. s. w. Unter den Granatsplitterwunden stehen, wie bei den Infanterie-Officieren, die des Kopfes (24,3 %) obenan; nächstdem sind die Arme (11,6 %) und die unteren Extremitäten (ca. 8 %) am häufigsten getroffen.

Von den gefallenen Officieren waren gestorben in Folge von Schuss- resp. Granatsplitterwunden am Kopf 42,7 resp. 25, an der Brust 35,9 resp. 17,9 %, am Unterleib 13,0 resp. 21,4 %, in der »Seite« 1,2 resp. 14,3 %, am Hals 4,8 resp. 7,1 %, am Rücken und den Extremitäten mit absteigender Scala.

Auch bei den sofort getödteten Mannschaften bilden Verletzungen des Kopfes weitaus die häufigste Todesursache. Sie machen bei allen Truppengattungen etwa die Hälfte aller Tödtungen aus, und zwar ebensowohl durch Gewehrschuss, als auch durch Granatsplitter.

Ein weites Feld für Vergleichungen bieten die nicht tödtlichen Verwundungen der Mannschaften.

Bei der Infanterie kamen von den Schusswunden auf den Arm 16,2 % (die höchste Ziffer), auf den Oberschenkel 11,9 %, Kopf 11,8 %, Hand 11,1 %, Fuss 7,2 %, Schulter 6,3 % u. s. w. Von den Granatsplitter-Verletzungen dagegen sind am häufigsten betroffen der Kopf mit 24,4 %, sodann Arm und Oberschenkel mit 12,0 resp. 8,8 %, Fuss 7,2 % und Hand 7,1 %. — Auch erhielt der Kopf der Infanteristen wiederum die zahlreichsten Hiebwunden (52,9 %!), während auf die Hand nur 15,7 %, auf den Arm und die Brust 8,6 resp. 7,1 %, in die »Seite« 4,3 % und auf die Finger 2,8 % der Säbelhiebe entfielen. — Stichwunden betrafen am meisten die Hand (17,6 %), nächstdem den Kopf (14,6 %) und Fuss (10,6 %), dann mit absteigender Häufigkeit Oberschenkel, Brust, Arm, Bein und die Seite.

Bei der Cavallerie kamen Schussverletzungen am häufigsten vor am Arm (16,1 %), am Oberschenkel (15 %), Kopf (11 %), Schulter (8,9 %) und Unterleib (7 %). — Granatsplitter erreichten hauptsächlich Kopf, Arm, Schulter und Oberschenkel (14,5—10,5 %); Sä-

belhiebe dagegen, wie aus der Kampfesart erklärlich, vorzugsweise den Kopf (38,2%) und die Hand (32,5%), nächstdem Arm, Hals und Schulter. Die Stichverletzungen der einzelnen Körpertheile zeigen keine sehr auffallenden Differenzen. Seite, Rücken und Arm wurden in 15—16% der Fälle getroffen, Brust, Schulter, Kopf und Unterleib in 10—8—6%.

Ein ganz ähnliches Verhalten zeigen die Schussverletzungen bei der Artillerie; auch hier sind die einzelnen Körpertheile (Arm, Oberschenkel, Kopf, Unterschenkel, Brust) ziemlich gleichmässig betroffen (zwischen 13,4 und 8,3%). Granatsplitter trafen wieder am häufigsten den Kopf (21,8%), sodann Arm (12,7) und Oberschenkel (12,2%). — Stichwunden kamen bei der Artillerie überhaupt nur in 2 Fällen vor.

Bezüglich aller näheren Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. Eine Uebersicht über die Vertheilung des Inhalts (auf XIV Abschnitte) befindet sich am Anfang.

A. Hiller (Berlin).

Pitres. Sur les atrophies partielles des circonvolutions cérébrales, consécutivement aux amputations anciennes des membres du côté opposé.

(Gaz. méd. de Paris 1877. No. 5.)

Seit den Arbeiten von Vulpian und Dickinson ist bekannt dass nach Amputationen die Theile des Rückenmarkes, zu welchen die Nerven des amputirten Gliedes sich begeben, nicht unerheblich atrophiren. Ob aber auch entsprechende Theile des Gehirns atrophiren, ist noch zweifelhaft. P. hat darauf bezügliche Untersuchungen angestellt. Er exarticulirte bei zwei ganz jungen Katzen je eine Vorderpfote im Schultergelenk. Die Thiere entwickelten sich beide gut. 28 Monate nach der Operation wurden sie getödtet. Die Section ergab Folgendes: das Rückenmark zeigt in beiden Fällen an der Halsanschwellung eine deutliche Atrophie auf der, dem exarticulirten Gliede entsprechenden Seite. Diese Atrophie besitzt an der genannten Stelle eine Ausdehnung von 3—4 Ctm. Darüber und darunter ist das Rückenmark vollständig symmetrisch. Das Gehirn der Thiere hingegen hat keinerlei Zeichen von Atrophie oder irgend welche andre bemerkenswerthe Veränderung.

Kölliker (Würzburg).

Hayem. Seconde communication sur l'état des nerfs des membres qui ont subie une amputation ancienne.

(Bulletin de la société anatomique de Paris 1876. p. 230.)

H. vervollständigt seine früher gemachten Mittheilungen (cfr. Centralbl. 1876. p. 779).

1) Im Nervenstamme des Amputationsstumpfes nimmt die Zahl

der einzelnen noch myelogenhaltigen Nervenröhren gleichmässig zum peripherischen Ende hin ab.

2) Das terminale Neurom enthält keine mehr isolirbaren markhaltigen Nervenröhren, nur Bündel der beschriebenen feinsten Röhren.

3) Vergleicht man die Präparate der Nerven beider Amputationsstümpfe (Vorderarm 5 Jahr, Oberschenkel 20 Jahr), so sieht man in überraschender Deutlichkeit, dass im letzteren die Bündel feinster Röhren schon Mark führen, die des Vorderarm-Stumpfes noch nicht. Diese Fascikel kleiner markhaltiger Nervenröhren können natürlich nicht aus degenerativen Vorgängen gedeutet werden, da ihr Vorkommen sonst im umgekehrten Sinne statthaben müsste.

4) Der Degenerations- und der Regenerationsprocess im durchtrennten Nerven ist ein langsamer.

Die Untersuchung des Rückenmarks des am Vorderarm Amputirten ergab ein mit den Beobachtungen Dickinson's und Vulpian's übereinstimmendes Resultat. Es bestand auf der correspondirenden Seite eine Verkleinerung der grauen Vorderhörner; viele multipolare Zellen waren atrophisch. Daneben waren Befunde vorhanden auf beiden Seiten, wie bei Myelit. chron. centr. Die Hauptveränderung bestand in der Höhe des letzten Hals- und des 1. Brustwirbels.

Pils (Stettin).

Stroganow. Ueber das subepitheliale Endothel der menschlichen Harnröhre.

(Mittheilung aus der Naturforscherversammlung in Warschau.)

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 4. p. 27.)

Die in den letzten Jahren bei verschiedenen Thieren angestellten Untersuchungen haben ergeben, dass »sowohl die membrana propria der Drüsen, als auch die das Epithel von dem unterliegenden Gewebe scheidende Grenzlinie aus einer ununterbrochenen Endothelschicht besteht, welche von Debove subepitheliale Endothelschicht genannt worden ist«.

Um obige Verhältnisse auch beim Menschen zu prüfen, hat Verf. hierzu aus Zweckmässigkeitsgründen die menschliche Harnröhre gewählt und deren Structur auf senkrechten und auf Flächen-Schnitten untersucht. Seine Resultate fasst er selbst dahin zusammen:

1) Die von Debove zur Feststellung des subepithelialen Endothels vorgeschlagene Methode ist einfach, leicht auszuführen und giebt recht überzeugende Resultate.

2) Die subepitheliale Schicht der menschlichen Harnröhre besteht aus flachen, festonartig gruppirten Zellen in zusammenhängender Schicht unmittelbar zwischen Bindegewebe und Epithel.

3) An den gegenseitigen Berührungspuncten dieser Zellen sind in der sie verbindenden Substanz Figuren gelegen, die an ähnliche

erinnern, welche auf anderen endothelialen Oberflächen als Stomata und Stigmata beschrieben sind.

4) Die Blut- und Lymphgefässcapillaren bilden im unterliegenden Gewebe ein reiches Netz und liegen den Elementen der subepithelialen Schicht dicht an.

5) Das subepitheliale Endothel der menschlichen Harnröhre besteht in einigen Fällen aus Zellen, welche ihre typische Gestaltung und andere morphologische Eigenschaften eingebüsst haben und in diesem Falle pathologische Erscheinungen darbieten.

Mögling (Tübingen).

Rochelt. Ammoniumnitrat als Kältemittel.

(Wiener med. Presse 1876. No. 40 u. 42.)

Ausgehend von der Erfahrung, dass gewisse Salze bei ihrer Lösung sehr viel Wärme binden, hat R. in dem salpetersauren Ammoniak einen für praktische Zwecke verwendbaren Kälteerzeuger gefunden. Die Verbindung ist leicht aus dem officinellen Ammonium carbonicum zu erhalten, indem man eine Lösung des letzteren mit Salpetersäure versetzt, bis sie Lakmuspapier schwach röthet; dann dampft man ein und benutzt die beim Stehenlassen anschiessenden Krystalle zur Kältemischung. Gleiche Volumstheile des Salzes und Wasser (Gewichtsverhältniss 1 : 2) in einen Eisbeutel gegeben erzeugen eine Temperaturherabsetzung, die bei 150 Grm. Salz in den ersten 5 Minuten $14\frac{1}{2}°$ beträgt (von 16° auf $1\frac{1}{2}°$), weitere 20 Minuten bleibt dieselbe unter 3°, 42 Minuten unter 6°, fast $1\frac{1}{2}$ Stunden unter 10°. Es wäre demnach bei Verwendung am Krankenbette jede Stunde die Kältemischung zu erneuern.

Winiwarter (Wien).

L. Lane. Some experiments with nitrite of amyl.

(British med. Journal 1877. Vol. I. p. 101.)

Aus 11 kurz wiedergegebenen Experimenten leitet L. folgende Schlüsse ab:

1) Amylnitrit in kleinen Quantitäten eingeathmet, bewirkt Röthung des Gesichts beim Menschen, der Schnauze und des Mauls bei Katzen. Dies entsteht nach Lauder Brunton durch Dilatation und Ueberfüllung der kleinen Arterien.

2) Eingeathmet in grossen Dosen bewirkt es bei Katzen Cyanose der Schnauze und Unempfindlichkeit; diese Cyanose soll durch Erweiterung des Venensystems geschehen.

3) In kleinen Dosen bewirkt es schnelles Verschwinden der Chloroform-Betäubung.

4) In grossen Dosen verlängert es die Unbesinnlichkeit und kann zum tödtlichen Ausgange führen durch Herzparalyse und Ueberfüllung des Venensystems.

5) In kleinen Dosen hebt es nach L. die Temperatur durch schnelleren Stoffumsatz, vermittelt durch die arterielle Hyperämie.

6) In grossen Dosen setzt es die Temperatur herab.

7) Es wirkt zur rascheren Erholung von der Chloroform-Narkose durch die Erhebung der Temperatur und die Sistirung der Herzparalyse; die Herzschläge werden alsbald häufiger und die Töne lauter.

8) Tödtlich soll es durch Herzparalyse und Ueberfüllung des Venensystems wirken. **Pilz** (Stettin).

G. Weisflog. Zur Abortivbehandlung der Syphilis.

(Virch. Arch. LXIX. p. 143.)

Nach W. kann das Quecksilber seine höchste Wirksamkeit als Antisyphiliticum nur dann entfalten, wenn es mit dem Schankergifte in den davon afficirten Geweben in directe Berührung kommt. Die subcutane Injection ist das einfachste Mittel, diejenigen Gewebe mit Quecksilber zu imprägniren, welche das Schankergift auf dem Wege zum allgemeineren Säftestrom durchsetzen muss. Die wässrige Lösung des salpetersauren Quecksilberoxydul hat die Eigenthümlichkeit, subcutan injicirt in nicht bereits entzündeten Körperstellen niemals Abscesse hervorzurufen, an bereits entzündeten oder entzündlich gereizten Stellen ausnahmslos Abscesse zu erzeugen. — Um nun dem Schankergift auf seinem Wege vom localen Infectionsherd nach den Drüsenreservoirs der Inguinalgegendem und des mons veneris die Möglichkeit der Weiterwanderung abzuschneiden, beginnt W. in allen verdächtigen Fällen, schon die locale Behandlung mit subcutanen Oxydulinjectionen in die Gegend zwischen den äusseren Genitalien und dem ihnen zugekehrten Ende der Inguinaldrüsenconvolute zu verbinden. Die Injectionen werden durch 10—12 Tage so lange wiederholt, bis die localen Infectionsherde nicht nur verheilt, sondern auch ihre Indurationen verschwunden sind. Nur wenn bereits eine entzündliche Reizung im Gebiete der Resorptionsleitungen oder im Fächerwerk der Drüsen vorhanden ist, folgt ausnahmlos die Bildung eines Abscesses, »dessen Inhalt sich durch eine eigenthümliche Chocoladenfarbe von dem anderer Abscesse unterscheidet«. Dieselben schliessen sich rasch wieder. Nie tritt eine allgemeine Infection ein. W. hat diese Abortivbehandlung der Syphilis seit 5 Jahren geübt. Von 32. in den Jahren 1870—72 behandelten Individuen, die an unzweifelhaft indurirtem oder gemischtem Schanker litten, hat Verf. gegenwärtig 28 wieder nach ihrem Befinden befragen können. Alle sind vollständig gesund, die vorhandene Nachkommenschaft ist frei von jeder hereditären Erkrankung. **Madelung** (Bonn).

C. Schwalbe. Die Radicalheilung der Hernien.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 38.)

Verf. hat schon seit längerer Zeit auf »die narbenbildende Wirkung des Alkohols« und ähnlich wirkender Stoffe aufmerksam gemacht

und hat neuerdings auch das Mittel zum subcutanen Verschluss der Bruchpforten verwandt, wie mehrere mitgetheilte Krankengeschichten beweisen.

Fall I. 26jähriger Mann mit einem wallnussgrossen Nabelbruch. Am 19. Mai Alkohol-Injection (70 %) in die Umgebung der Bruchpforte; Bruch wird durch Heftpflasterverband zurückgehalten. Am 25. und 30. Mai je eine Injection. Am 5. Juni tritt der Bruch nicht mehr heraus; die Bruchpforte stellt eine ganz schmale, flache Rinne dar. Verf. konnte nach beinahe 3 Monaten (27. August) constatiren, dass trotz harter Arbeit und obgleich keine Bandage getragen wurde, der Bruch nicht wieder hervorgetreten war. —

Dasselbe günstige Resultat erzielte Verf. in einem Falle von wallnussgrosser Hernie der Linea alba bei einem 43jährigen Manne, sowie bei einem 44 Jahre alten Maurer mit rechtsseitigem äusseren Leistenbruch. In beiden Fällen schloss sich die Bruchpforte vollständig und die Patienten waren von ihren Hernien radical geheilt. Im ersteren Falle injicirte S. 6 Mal in Zwischenräumen von 5—9 Tagen; es wurde jedesmal 1 Kbcm. einer ungefähr 70 % Alkohollösung eingespritzt. Im 2. Falle wurden dieselben Injectionen in 6—20tägigen Zwischenräumen 10 Mal vorgenommen.

Verf. hat noch einige andere Fälle in Behandlung, sie nehmen gleichfalls einen günstigen Verlauf. Irgend welche Gefahren hat diese ambulant vorzunehmende radicale Behandlungsmethode der Brüche nach Sch. nicht; Eiterung, Verletzung des Peritoneum sah er niemals erfolgen. **Tillmanns** (Leipzig).

H. v. Wyss. Ueber Wundheilung der Hornhaut (Pathol. Institut in Zürich).

(Virch. Arch. Bd. XIX. p. 24.)

Die Substanz, welche die Schnittränder einer nicht penetrirenden Hornhautwunde am ersten Tag vereinigt, besteht aus nichts Anderem als aus neugebildetem Epithel. Noch am 4. Tage ist keine wesentliche Veränderung gegenüber dem Bild des zweiten Tages wahrzunehmen. Die Umwandlung in die definitive Narbe erfolgt erst viel später und ganz allmälig. Entfernt man das Epithel eines grösseren Bezirks der Hornhaut durch Abschaben und macht dann eine Incision inmitten des Defectes in das blossliegende Hornhautgewebe, so klafft die Wundspalte nach Ablauf des ersten Tages wie unmittelbar nach dem Schnitt. Erst wenn die Epithelregeneration bis zur Wundspalte vorgeschritten, tritt Ausfüllung mit Epithel ein. Bei penetrirenden Hornhautwunden kleidet das neugebildete Epithel die Wundspalte mindestens zu zwei Drittel ihrer Tiefe aus. Die zelligen Elemente der eigentlichen Hornhautsubstanz tragen in den ersten Tagen nichts zur Vereinigung bei. — Die definitive Narbe schliesst dagegen keine epithelialen Elemente mehr ein, diese werden vielmehr

durch das sich bildende Fasernetz zur Atrophie gebracht. Entzündung der Hornhaut tritt nach einfachen Schnitten (Vermeidung von Quetschung der Wundränder, Bewahrung vor äusseren Einflüssen durch Schluss der Lidspalte mittelst der Naht) nicht auf. Sie ist immer die Folge einer accidentellen Reizung und hindert stets den eigentlichen Heilungsprocess. Die grosse Proliferationsfähigkeit des Epithels ist etwas der Hornhaut Eigenthümliches. Schon gegen den Limbus corneae hin wird dieselbe schwächer. Es ist deshalb nicht zulässig den beobachteten Heilungsmodus der Hornhautwunden ohne Weiteres auch auf andere Regionen zu übertragen. —

Madelung (Bonn).

A. Wölfler. Die Magenbauchwand-Fistel und ihre operative Heilung nach Prof. Billroth's Methode (nebst Tafel).

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 3. p. 577.)

Ein 25jähriges Mädchen litt seit 20 Monaten an einer äusseren Magenfistel, entstanden nach einer chronisch suppurativen Periostitis des Brustbeins, mehrerer rechts- und linksseitiger Rippen (7., 8. und 9. Rippe) mit consecutiver Nekrose einzelner Knochenpartieen. Die sehr grosse Fistel (der Substanzverlust der Bauchdecken betrug 3 Ctm. im Durchmesser) zeigte durchaus keine Tendenz zur Verkleinerung, da die schwielige Umgebung überall fixirt war, die Magenschleimhaut selber war vorgefallen, die angrenzende Bauchwand in weitem Umfange roth und wund. Das von Billroth eingeschlagene Operationsverfahren mit Lappenbildung sollte zwei Bedingungen erfüllen, nämlich zunächst dafür sorgen, dass der Magensaft in keiner Weise die Anheilung des überzupflanzenden Lappens beeinflusse, sodann musste der betreffende Lappen sehr gut ernährt sein und bleiben, wenn er die Oeffnung dauernd verschliessen sollte. Zu dem Zwecke überpflanzte B. einen bereits mit Granulationen bedeckten Lappen, da Experimente gelehrt hatten, dass üppig wuchernde Granulationen vom Magensaft nicht verdaut werden. Es wurde daher die Operation in zwei, kurze Zeit aufeinander folgenden Acten ausgeführt. In der ersten Sitzung wird der Fistelrand angefrischt und an der einen Seite der Fistel ein grosser, dicker Hautlappen zugeschnitten und unterminirt (wie bei der Methode von Thiersch bei Ectopia vesicae). Im Verlauf der nächsten 14 Tage wird die untere Brücke des nunmehr granulirenden Lappens mittelst eines Drahtes auf unblutigem Wege allmälig durchgeschnitten und sodann nach Anfrischung des mit üppigen Granulationen bedeckten Fistelrandes, sowie nach Anfrischung der Lappenränder der Lappen selbst über die Oeffnung gelagert und an deren Rande mittelst Knopfnähten fixirt. Es erfolgte Heilung per primam und die Patientin war vorläufig von ihrem Leiden befreit.

Leider sollte sich die Hoffnung, dass die nach innen liegende granulirende Fläche des Lappens auch dann noch, wenn sie ganz benarbt sei, dem Verdauungssafte widerstehen werde, nicht erfüllen.

Fast volle 6 Monate war der Verschluss ein vollkommener, dann entstand eine kleine Fistel und in 14 Tagen war der ganze die Fistel bedeckende Lappentheil verdaut. Vielleicht entstanden dadurch, dass der Lappen sich wegen der starren Umgebung nicht concentrisch zusammenziehen konnte, Circulationsstörungen, welche weiter zur Folge hatten, dass die Fläche nicht hinreichend alkalisch erhalten und vor Verdauung geschützt werden konnte. Die Patientin musste Ende October wieder in die Klinik aufgenommen werden. —

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

K. Stahl. Der anticipirte Klimax durch Exstirpation der Ovarien bei Fibromyomen des Uterus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 50.)

Verf. theilt 2 Fälle mit, in welchen Hegar die erfolgreiche Exstirpation der Ovarien wegen sehr heftiger Menorrhagien, bedingt durch Uterusfibrome, ausführte. In beiden Fällen war ursprünglich die Hysterotomie wegen der lebensgefährlichen Blutungen angezeigt und auch beabsichtigt; indessen erschienen die Gefahren der Operation theils von vornherein, theils nach der Incision der Bauchdecken so bedeutend, dass sich Hegar zur Exstirpation der Ovarien entschloss, um auf diese Weise den Eintritt der Menses und mit ihnen die starken Blutungen zu verhindern.

I. Fall: Patientin (Alter?) wurde bereits seit 7—8 Jahren an heftigen Menorrhagien, bedingt durch Uterusfibrom, erfolglos behandelt. In der letzten Zeit waren die Blutungen so heftig und die Anämie bereits so hochgradig, dass gleich bei Beginn der Menses Injectionen von unverdünntem liq. ferri sesquichlor. in die Uterushöhle nothwendig wurden. Hierdurch sistirten zwar die Haemorrhagien, aber es folgte der Injection jedesmal eine Endometritis mit sehr profuser seröser Ausscheidung und 14 Tage lang bestand Appetitlosigkeit, so dass Pat. sehr herunterkam und eine dauernde Beseitigung der Blutung auf anderem Wege dringend geboten schien. — Operation: Schnitt beginnt am Nabel. Geringer Ascites. Die in den Bauch eingeführte Hand rotirt den kindskopfgrossen, höckrigen Tumor so um seine Längsaxe, dass sich das linke Ovarium in der Bauchwunde präsentirt; dasselbe wird durch 3 Seidenligaturen abgebunden und weggeschnitten. Das rechte Ovarium muss in der Bauchhöhle abgebunden und abgetrennt werden. Reposition der Geschwulst in die Bauchhöhle. Alle Ligaturen kurz abgeschnitten, versenkt, Toilette des Peritoneum, Naht. (Verband?) — Bereits vom 4. Tage an Morgentemperatur normal, Abends dagegen immer bis 38,2 und 38,4 und zwar besteht diese Erhöhung noch 12 Wochen nach der Operation; desgleichen dauert so lange eine geringe, gegen Abend zunehmende Schmerzhaftigkeit des Unterleibes (kleines Exsudat in den Ligamenten links). Allgemeinbefinden gut, Kräftezustand besser als zuvor. Seit der Operation ist die Zeit der Menses 4 Mal

dagewesen: die erste Menstruation gleich nach der Operation war reichlich (nach St. wahrscheinlich bedingt durch Gefässstase in Folge der Ligaturen), im 2. Menstruationstermin gingen nur einige Tropfen Blut ab, in den beiden letzten gar nichts mehr.

II. Fall. 41jährige Frau. Seit den letzten Jahren zunehmende profuse und schmerzhafte Menses. Die nähere Untersuchung ergiebt ein Fibroma uteri, welches sich bis 3 Ctm. unter dem Nabel erhebt (Höhe von der Symphyse im Bogen gemessen 19 Ctm. Breite im Bogen 16 Ctm.). Therapie: subcutane Injectionen von Ergotin, 2—3 Mal wöchentlich. Letztere mussten jedoch nach der 7. Injection wieder aufgegeben werden, da sich jedesmal heftige Praecordialangst und ein sehr frequenter Puls einstellte. Nachdem vom April bis August die heftigen Menorrhagien durch intrauterine Injection von Solut. acid. tann., Tinct. jodi und liq. ferri sesquichlor. sol. (auch hier unangenehme langdauernde Ausflüsse aus dem Uterus) in Schranken gehalten waren, erholte sich Pat. soweit, dass man einen operativen Eingriff, eventuell ähnlich wie im 1. Falle, wagen konnte. — Operation: Bauchschnitt beginnt 2 Ctm. über dem Nabel. Geringer Ascites. Zulässigkeit und Gefahr der Hysterotomie werden erwogen. Ligatur und Abschneidung beider Ovarien. Reposition des etwas injicirten und sugillirten Fibroms in die Bauchhöhle. Toilette des Peritoneum. Naht. »Feuchter Compressivverband«. Eisblase. — In den nächsten Tagen bei anhaltend hohem Fieber mit geringen Morgenremissionen circumscripte Peritonitis, am 4. Tage Exsudat in der rechten Leistengegend nachweisbar. — Am 12. Tage aus einem Stichcanal Entleerung einer sehr grossen Menge dicken Eiters, der bei Druck auf die rechte Leistengegend im Strom ausfliesst. 2 Tage später bedeutende Eiterentleerung im Stuhl, gleichzeitig Aufhellung des gedämpften Percussionsschalles rechts. Am 23. und 26. Tage abermals viel Eiter im Stuhl. Ausstossung eines Ligaturfadens aus der äusseren Abscessöffnung (am 25. Tage), desgleichen wurden (am 28. Tage) im Stuhlgang Ligaturfäden gefunden. Vom 34. Tage an Temperatur unter 39,0. Nachlass der Eiterung und 6 Wochen nach der Operation war Pat. fieberfrei. Vollständige Heilung. Zeit der Menses ist 3 Mal dagewesen, nur das erste Mal gingen wenige Tropfen Blut ab. **Tillmanns** (Leipzig).

J. Veit. Aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Schröder in Berlin. Ueber einige bemerkenswerthe Ovariotomien.

(Berl. klin. Wochenschr. 1876. No. 50, 51 u. 52.)

I. Fibrom des Ovarium, starker Ascites. Laparotomie unter aseptischen Cautelen, Netzadhäsionen, Exstirpation, Versenkung des Stieles; Heilung.

II. Multiloculäre Dermoidcyste; Punction; Ovariotomie und Heilung. Bei der Punction hatte sich gelbe dicke Flüssigkeit entleert, die mikroskopisch fettigen Detritus und platte Zellen erkennen liess.

III. Multiloculäres Cystom des linken Ovarium, das zwischen die Platten des breiten Mutterbandes gewachsen war. Versuch der Enucleation. Einnähen des Restes in die Bauchwunde nach Taschenbildung; Drainage der Cyste nach der Scheide; Heilung. Die Taschenbildung entstand dadurch, dass die Cystengeschwulst sich aus dem Lig. latum nicht ganz ausschälen liess und nun, nachdem ein Theil des Tumors abgetragen worden, die Cystenwand in die viel kleinere Incisionswunde eingenäht wurde. Vom Grunde der durch Faltung hierbei entstandenen grössten Tasche wurde eine Drainröhre nach der Scheide zu durchgelegt, und zwar, da Adhäsionen an betreffender Stelle vorhanden waren, ohne die Bauchhöhle von neuem zu eröffnen.

IV. Multiloculäres Ovarialcystom bei Schwangerschaft im achten Monate durch Ovariotomie entfernt; Heilung. Der Tumor sass auf dem schwangeren und früher retroflectirten Uterus, später richtete sich dieser spontan auf und antevertirte sich. Nach der Operation wurde der Bauch mit einer Eisblase bedeckt, worauf andeutungsweise Wehen eintraten. Am 21. Tage nach der Operation konnte Patientin aufstehen und wurde später leicht und glücklich entbunden.

V. Multiloculäres Cystom des linken Ovariums bei Schwangerschaft im 4. Monat. Prolapsus uteri gravidi, Punction, Vereiterung der Cyste, abermaliger Prolapsus uteri gravidi. Ovariotômie; Abortus am 13. Tage nach der Operation; Heilung. Hierbei werden interessante Vergleiche mit dem vorhergehenden Falle angestellt und die Gründe für und gegen die Operation bei bestehender Schwangerschaft erwogen.

VI. Puerperium, multiloculäres Ovarialcystom, Axendrehung, Blutung in die Cyste, Ruptur derselben; Ovariotomie; Drainage durch den Douglas'schen Raum; Stiel in Krassowsky'scher Klammer; Tod am 19. Tage nach der Operation an Septikämie.

Zum Schluss würdigt Verf. noch in kritischer Weise die antiseptische Methode der Operation bei Ovariotomien.

v. Mosengeil (Bonn).

M. Duncan. On the lacerations of the external genital organs (except the hymen) during labour in primiparae.

(The obstetr. Journal of Gr. Brit. a. Irel. 1877. January. No. XLVI. p. 642—655.)

D. hat an einer kleinen Zahl (25) Erstgebärender sehr sorgfältige Beobachtungen über die Verletzungen des Scheideneingangs gemacht, von deren Resultaten es genügen wird, einige mitzutheilen, da wir über Vieles, wie z. B. das Verhältniss zwischen Erst- und Mehrgebärenden, die pathologische Bedeutung der Vestibularrisse u. a. durch eingehende Arbeiten deutscher Kliniker bereits belehrt sind.

Die Mehrzahl der Einrisse war sternförmig von einem Mittelpunct ausstrahlend, um die Oeffnung der Vulva geordnet. Bei den 25 Frauen hatten von 89 Wunden 83 (993 p. Ct.) diesen Charakter. Dies ist dadurch zu erklären, dass die Risse die Folge der Ausdehnung des

Orificium sind, indem die Spannung in der Richtung des nahezu kreisförmigen Randes der Apertur oder im rechten Winkel zu den vom Centrum der Apertur ausgehenden Radien statt hatte.

Drei Mal (VIII. XXII. XXIV.) waren die Risse in anderer Richtung erfolgt, nämlich mehr oder weniger kreisförmig, d. i. parallel dem Rand des ausgedehnten introitus vaginae, augenscheinlich in Folge von Ausspannung in longitudinaler (axialer) Richtung.

Die 3. Art von Verletzungen, die ebenfalls 3 Mal constatirt wurde, bestand in kleinen centralen Dammrissen. Diese steht in keinem Zusammenhang mit der straffen Ausdehnung des orificium vaginae. Sie verläuft in der Richtung der Axe des Scheidencanals, ebenfalls im rechten Winkel zu der queren Richtung, in der die Scheide übermässig ausgedehnt wird. — Besonders eingehend wird ein Fall (III) dieser Art besprochen, wo der lange dünne Riss sagittal verlief und dadurch anzeigte, dass die Spannung in querer Richtung, von einem tuber ischii zum andern, bestanden hatte. Die Zerreissung betraf hier nur die oberflächliche Schicht des Corium, während die tiefern und die Epitheldecke unverletzt blieben. Dass die letztere nicht nachgab, obgleich sie der grössten Spannung ausgesetzt war, und dass unter derselben ein Blutaustritt stattgefunden hatte, wird besonders betont, da diese Erscheinung auch die Erklärung für die Entstehung der Schwangerschaftsnarben biete.

Der Damm blieb in 10 Fällen unverletzt (60 p. Ct. Dammrisse, Schröder ebenso 61 p. Ct.), das Vestibulum war nur 9 Mal nicht eingerissen. An der rechten Seite des Introitus waren 20, linkerseits 27 Risse; daraus erklärt sich vielleicht nach D. die grössere Häufigkeit der Entzündungsprocesse an der linken Seite.

Die Unterstützung des Dammes ist mindestens von zweifelhaftem Werth, denn selbst wenn experimentell bewiesen wäre, dass die Integrität des Damms dabei erhalten wird, würde die Frage aufzuwerfen sein, ob dabei nicht die übrigen Partien des Introitus häufigeren und ernstlicheren Verletzungen ausgesetzt sind. **Löhlein** (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

A. Lucae. Ueber das Phonometer.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 1.)

Das Phonometer ist bestimmt, die Sprachintensität resp. den beim Sprechen angewandten Exspirationsdruck genauer zu messen, ebenso wie das bereits vor 4 Jahren zur Functionsprüfung bei Schwerhörigen vom Verf. angegebene Membran-Phonometer (Berl. klin. Wochenschrift 1872. No. 20). Der neue Apparat ist wesentlich verbessert und verkleinert. Derselbe besteht aus einer kurzen metallnen Röhre, an welcher das eine Ende sich trichterförmig zu einem mit Gummi eingefassten Mundstück erweitert. Am anderen Ende der Röhre ist ein in einer horizontalen Axe pendelnder Fühlhebel angebracht, dessen unterer kürzerer Hebelarm von einer Aluminium- oder Glasplatte gebildet wird. Letztere schliesst in der Ruhelage die Röhre ab, während der obere in eine Spitze auslaufende längere Arm des Fühlhebels an einem Quadranten den Pendelausschlag anzeigt. Wird ein beliebiges

Wort in das Mundstück der Röhre hineingesprochen, so wird je nach dem hierbei angewandten Luftdruck die Platte nach aussen getrieben. Durch eine an der Axe angebrachte Vorrichtung wird bewirkt, dass beim Aufhören des Sprechens der Fühlhebel im Maximum der ihm vom Luftdruck mitgetheilten Bewegung stehen bleibt und sein Ausschlag am Quadrant abgelesen werden kann.

Tillmanns (Leipzig).

Füssenich. Ueber Wirkungsweise und Anwendung der Salicylsäure.

Inaug.-Diss. Bonn 1876.

Verf. hat unter Binz's Anleitung eine Dissertation gefertigt, in welcher er die einschlägige Litteratur über obiges Thema zusammengestellt und in etwa 22 Seiten eine recht gute Monographie darüber geliefert hat. Eigne Untersuchungen fehlen.

v. Mosengeil (Bonn).

Tuckwell. Rheumatic fever treated by salicylic acid, symptomes of poisoning produced by the acid.

(The Lancet 1876. Vol. II. p. 681.)

In der Oxforder Radcliffe Infirmary beobachtete T. in 2 Fällen beim Gebrauche von Salicylsäure promptes Zurückgehen der Krankheitserscheinungen (Abfall der Temperatur, Nachlass der Schmerzen u. s. w.), aber zu gleicher Zeit: Sausen und Hämmern in den Ohren bei fast absoluter Taubheit, tiefe, seufzende Respiration, ausserordentliche Aufregung, die sich bis zum Delirium steigerte, verbunden mit unwillkürlichen Entleerungen, kleinem frequentem Puls, olivengrünem Urin. Mit Aussetzen des Mittels gingen die bedrohlichen Erscheinungen zurück, aber der Rheumatismus recidivirte. (In dem ersteren Falle, der ausführlich mitgetheilt wird, wurden 1,2 Grm. alle 3—4 Std. gereicht; schon nach der vierten Dosis begannen die unangenehmen Nebenwirkungen hervorzutreten.)

Pilz (Stettin).

v. Rothmund. Ueber das Erysipelas.

(Aerztl. Intelligenzblatt 1876. N. 29. p. 299.)

Verf. trennt das Gesichtserysipel vom Wundrothlauf, obwohl er selbt betont, dass für viele Fälle des Ersteren kleine Ulcerationen der Nasenschleimhaut, mitunter auch des Rachens zum Ausgangspunct dienen. Er bespricht sodann auf Grund vielfacher Erfahrungen das Gesichtserysipel nach Aetiologie, Symptomatologie und Prognose, wobei er die schweren Fälle mit Delirien oder Sopor nicht einer Meningitis, sondern der Infection des Blutes zuschiebt. Therapeutisch empfiehlt er neben der innerlichen, purgirenden Behandlung keine eingreifenden, localen Mittel, da eine Begrenzung der Rose unmöglich sei. Nur Bepinselung mit Glycerin und Auflegen von Watte soll dienlich sein, öfters auch ein Vesicans »rechtzeitig« und »in entsprechender Ferne« auf die gesunde Haut angebracht.

Mögling (Tübingen).

H. Coursserant et **G. Decaisne.** Paralysie complète et douloureuse du trijumeau; troubles trophiques graves et périodiques.

(Gaz. hebdom. 1876. No. 43.)

Eine 50jährige Wäscherin, früher mit Ausnahme einer Enteritis und mehrerer Wechselfieberanfälle gesund und regelmässig menstruirt, erkrankt 3 Monate nach dem plötzlichen Cessiren der Menses an einer Anschwellung der rechten Gesichtshälfte, die mit vorübergehenden Hitze- und Kälteempfindungen nach periodischen neuralgischen Anfällen combinirt ist. Zugleich entwickelt sich eine fortschreitende Herabsetzung der Sensibilität und eine Sehstörung, indem ein plötzlich aufsteigender Nebel das Gesichtsfeld erfüllt und ebenso plötzlich verschwindet. Während eines Spazierganges fällt Pat. einmal zusammen, ohne das Bewusstsein zu verlieren, bleibt zwei Stunden vollkommen sprachlos, obwohl ihre Vorstellungen ganz exact, die Sprachwerkzeuge nicht gelähmt sind, und sie sich durch Zeichen verständlich machen kann. In einem halben Tage ist der Normalzustand zurück-

gekehrt. Die rechte Cornea glanzlos; Sensibilität in derselben und in der Conjunctiva vollkommen erloschen; Pupillen gleich weit, die rechte nur langsam auf Atropin reagirend. Sehschärfe normal; vollkommen negativer Befund des ophthalmoskopischen Bildes. Empfindungslosigkeit im ganzen Gebiete des rechten Trigeminus, Anosmie. Lähmung des Masseter und der Pterygoidei rechts. Behandlung (Trélat): Jodkalium, trotzdem Syphilis nicht nachweisbar ist. Constanter Strom zur Linderung der neuralgischen Anfälle.

Einige Tage später gelangt die Flüssigkeit einer kleinen Vesicatorblase in den rechten Conjunctivalsack — unmittelbar darauf entstehen multiple Ulcerationen auf der Cornea, von denen eine im Centrum bis an die tieferen Schichten greift; Schwellung des oberen Lides. Die Kranke weiss von alledem Nichts. Unter Atropineinträufelungen sind nach 20 Tagen alle Ulcerationen verschwunden, an ihrer Stelle erscheinen ganz plötzlich Flecken von der Farbe des Feuersteines (gelblich braun), die sich ebenfalls verlieren; die Cornea ist ganz rein, aber glanzlos. Später zeigen sich gewundene Gefässe im episcleralen Rand, in deren Bereich ein kleiner, hämorrhagischer Herd entsteht; die Cornea nimmt eine graue, gleichmässige Färbung an, die in der Mitte am ausgeprägtesten ist und von einer förmlichen Geschwürsfurche umgeben ist; die Iris träge, aufgelockert, contrahirt sich trotz des Atropins; der Bulbus teigig weich anzufühlen; die ganze rechte Gesichtshälfte angeschwollen, lebhaft geröthet; in der Nähe des rechten Nasenwinkels eine circumscripte gangränöse Stelle. Ohne die weiteren Veränderungen hier anzuführen, sei nur soviel bemerkt, dass zwei Male ein schweres Gesichtserysipel mit bedeutender Allgemeinaffection auftrat, das sich nicht auf die insensiblen Hautstellen beschränkte und dass, bei allmäliger Besserung der Sensibilität wiederholt die Gesichtshälfte ödematös anschwoll. Gegenwärtig ($1^1/_2$ Jahr nach Beginn des Leidens) befindet sich die Pat. ziemlich wohl, die Schleimhaut der rechten Wange ist noch ganz unempfindlich, die Vorwärtsbewegung des Kiefers unmöglich, der Masseter contrahirt sich; die Cornea unverändert grauweiss, wie nekrotisch; auf der Haut, die zum Theil ödematös ist, fahren unzählig oft während des Tages rothe Flecken auf, die ganz genau empfunden und localisirt werden, um nach einigen Minuten zu verschwinden. Jodkalium hat sich gegen alle diese Zufälle als machtlos erwiesen; der constante Strom scheint genützt zu haben und wird fernerhin angewendet werden. Eine Deutung des Krankheitsbildes versparen sich die Verf. auf eine spätere Mittheilung. **Winiwarter** (Wien).

H. Seyfert. Dilatation of the cervix uteri. A new method of using spongetents.

(Philadelph. med. Times 1876. Juli 8 No. 225. p. 484.)

Um die nachtheiligen Folgen der Pressschwämme bei Dilatationen des Cervicalcanales (Zersetzung des Secrets, Schädigung der Schleimhaut des Cervix besonders beim Entfernen des Schwammes etc.) zu beseitigen, schlägt S. vor, ein Verfahren seines Freundes Farran anzuwenden. Der Pressschwamm wird in Guttaperchapapier eingehüllt, auf einen spitzen Tubus gesteckt, dessen spitzes in dem Schwamme steckendes Ende mehrere kleine Löcher hat, an dessen anderem Ende sich ein kleiner mit Wasser gefüllter Gummiballon befindet. Das Guttaperchapapier kann Tubus und Ballon mit einhüllen. Durch Quetschen des Ballons wird dem Schwamme das nöthige Wasser zum Quellen zugeführt.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Blyckaerts. Gangrène des bourses consécutive à la présence de pediculi feroces pubis.

(La presse médicale belge 1877. No. 6.)

Das heftige Jucken und Kratzen am Scrotum, in Folge der Gegenwart von Filzläusen, hatte zu Erosionen geführt, von welchen unter dem Einflusse ärmlicher, unsauberer Verhältnisse die Gangrän ihren Ausgang genommen hatte. Sonst bietet die Krankengeschichte nichts Besonderes. **A. Hiller** (Berlin).

Westerhove. Ueber die Therapie der Harnröhrenstricturen.

Inaug.-Diss. Bonn 1876.

Nach vorausgeschickter, ziemlich dürftiger Aufzählung der verschiedenen Methoden wird ein interessanter Fall mitgetheilt, welcher auf der Bonner Klinik operirt worden war. Ein in Folge von Blennorrhoe und Ulcerationen übel zugerichteter Penis wurde vom Besitzer in einem melancholischen Anfall mit dem Rasirmesser an der Wurzel abgeschnitten. Die Blutung stand spontan und es erfolgte Heilung in 14 Tagen, wobei aber direct Stricturbildung auftrat, so dass der Harn nur tropfenweis entleert werden konnte. Eine Längsspaltung der Urethra und Vernähung ihrer Schleimhaut mit der äusseren Haut war auch nach kurzer Zeit wieder von Strictur gefolgt und wurde nunmehr, nachdem Pat. vorher von der Syphilis befreit worden, die Thiersch'sche Operation der Verlagerung des Harnröhrenstumpfes in etwas modificirter Weise ausgeführt. Heilung dauernd.

v. Mosengeil (Bonn).

L. A. Stimson. A successful case of amputation of the thigh treated antiseptically.

(New-York medical Record 1876. Decbr. No. 319. p. 611.)

Bei einem 37jährigen Manne wurde wegen Osteosarcoms des untern Drittels des Femur die Oberschenkelamputation im untern Drittel nach Lister's Verfahren gemacht. Lappenschnitt. Am 10. Tage konnte Pat. aufrecht sitzen, am 15. ging er bereits auf Krücken. Die ganze Wunde war bis auf die Stelle, wo die Drainageröhre lag, per primam geheilt. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

L. Mayer. Die Therapie der Kniegelenksentzündung. (Vortrag.)

(Bair. ärztl. Intelligenz-Blatt 1877. No. 5. p. 46—52.)

Die therapeutischen Massnahmen des Verf. sind folgende:

I. Synovitis acuta serosa: Blutegel, im Nothfall Morphium, dann erhärtender Verband und Eisbeutel darauf. Innerlich Laxans aus Calomel. Ist nach 3 Wochen noch Exsudat und Bewegungsbeschränkung da: Jodtinctur und elastische Compression, oder Massage in ihren verschiedenen Formen.

II. Synov. chronic. serosa: Punction und energische Compression.

II. Synov. purulenta: Zolllange Incisionen und Drainage unter Lister's Cautelen. Daneben Distraction mit Gewichten von 10—15 Pfund.

IV. Synov. fungosa, a) ohne Eiterung: Distraction und Carbolsäureinjectionen, b) mit Eiterung: Jodinjectionen, c) mit Knorpelzerstörung: bei Kindern Eröffnung des Gelenks und Auslöffelung, bei Erwachsenen Resection.

V. Ostitis der Gelenkenden: bei schmerzhaften Knochenpuncten Ignipunctur ist schon Abscedirung und Aufbruch neben dem Gelenk eingetreten, dann Auslöffelung; bei Perforation in's Gelenk und Zerstörung der Gelenkflächen möglichst frühe Resection (unter Lister'scher Behandlung mit Aussicht auf Bewegung).

Mögling (Tübingen).

do Silva. Deslocação do astragalo.

(O correio med. de Lisboa 1877. p. 54.)

Obige Verletzung war mit Zerreissung der A. tib. post. complicirt. — S. extrahirte den Talus. Volle Heilung. Ein Jahr später sandte Pat. die Photographie seines angeblich wieder brauchbaren Fusses, die neben einem Schema der ursprünglichen Verletzung (nach einem Fall von Follin und Duplay) reproducirt wird. (Vergl. Centralbl. für Chir. 1876, p. 80. — Die Persistenz der Pes equinus-Stellung ist aus der Abbildung sehr deutlich zu ersehen.) **Ullersperger** (München).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 16. **Sonnabend, den 21. April.** **1877.**

Verwerthung von Catgut zur Stillung der Blutungen aus Knochen.

Von

Dr. Riedinger,

Privatdocent für Chirurgie in Würzburg.

Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass Blutungen aus den Ernährungsgefässen der Knochen bei Amputationen und Resectionen sehr stark sein können und dass die Stillung derselben oft lange Zeit in Anspruch nimmt, weil eine Contraction der Wandungen wie anderwärts nicht zu Stande kommt und die Bildung eines verstopfenden Thrombus bei einer grösseren Arter. nutrit. erst ziemlich spät eintritt, so dass, während die Blutung aus den durchschnittenen Weichtheilen schon längst steht, diejenige aus dem Knochen noch ungeschwächt fortdauert.

Die gebräuchlichsten Mittel, welche man zur Hemmung dieser

Blutungen in Anwendung zog, waren die Cauterisation des Gefässcanals mit einer glühend gemachten Stricknadel oder das Einlegen eines Wachspfröpfchens. Die erste Manipulation führte jedoch nicht immer rasch zum Ziel und die zweite dürfte bei der Lister'schen Wundbehandlungsmethode nicht ohne Nachtheil sein, da das Wachsstückchen als fremder, nicht antiseptischer Körper leicht Reiz und Eiterung erzeugen wird. Ich kam deshalb schon vor längerer Zeit auf den Gedanken, ob man denn in dieser Hinsicht nicht auch Catgut gebrauchen könnte. Die nächsten Amputationen und Resectionen zeigten keine besondere Blutung aus den Knochen; aber am 17. Februar d. J. machte ich mit Herrn Collega Dr. Büchel eine Amputation des Unterschenkels bei einer 64jährigen Pat. wegen einer starken fungösen Entzündung des rechten Tibio-Tarsalgelenkes und zwar mittelst Cirkelschnitt am sogenannten Ort der Wahl unter Durchführung antiseptischer Principien. Der ganze Theil war sehr stark ödematös infiltrirt, so dass ich gezwungen war bei Bildung der Manschette einen longitudinalen Einschnitt zu machen. Nach Unterbindung der Hauptgefässe stand die Blutung aus den Weichtheilen sehr bald; aber aus der Corticalis der Tibia spritzte eine Arter. nutrit. von beträchtlichem Caliber im Bogen. Da trotz längerer Tamponade mit dem Schwamm die Blutung nicht stand, schnitt ich einige kurze Stückchen Catgut ab und schob sie in den Gefässcanal ein. Das Lumen war derart, dass erst vier Fäden No. III dasselbe ausfüllen konnten. Dieselben wurden soweit hinaufgeschoben, dass sie nicht über das Niveau der Sägefläche vorstanden. Die Blutung stand sofort vollkommen und die Heilung der vollständig vernähten Wunde ging rasch und ohne störende Zwischenfälle von statten.

Es war mir nun interessant, zu wissen, wie Catgut im Knochen sich verhalte und experimentirte ich zu diesem Zwecke im hiesigen physiologischen Institute an zwei Hunden. Beiden amputirte ich den Unterschenkel rechterseits. Dem einen — einem ganz jungen Thier — brachte ich einen Catgutfaden No. III in den vorher mit einer Nadel erweiterten Markraum der Fibula. Darauf wurde die Hautwunde vernäht und die ganze Operation, soweit es bei Thieren möglich, unter den antiseptischen Cautelen ausgeführt. Der spätere Verband liess allerdings viel zu wünschen übrig. Was ich aber hauptsächlich im Auge hatte, gelang doch vollkommen, nämlich eine Vereinigung per primam intent. Es stellte sich weder Fieber, noch Röthung oder Schwellung am Amputationsstumpfe ein.

Nach 14 Tagen wurde der Hund getödtet und der Amputationsstumpf sorgfältig herauspräparirt. Tibia und Fibula hatten sich nach unten schon geschlossen und waren leicht conisch geworden. Beim Längsspalten der Fibula fand ich das zerstörte Mark wieder hergestellt aber vom Catgut liess sich weder mit freiem Auge noch mit der Loupe etwas auffinden.

Das zweite Versuchsthier war alt und liess sich in die Fibula nichts einbringen. Ich bohrte deshalb ein Loch in die Compacta der

Tibia und füllte das künstlich hergestellte Lumen mit Catgut aus. Ausserdem steckte ich noch einige Stückchen Catgut in das Knochenmark. Alles andere wie beim ersten Experiment. Ebenfalls reunio per primam intent. — Nach drei Wochen wurde das Thier getödtet. Im Markcanal fand sich keine Spur mehr vom Catgut, ebensowenig in dem künstlich erzeugten Canal, der sich in der Zwischenzeit verengert, aber noch nicht geschlossen hatte.

Es ist somit der Beweis erbracht, dass sich Catgut auch im Knochen ohne Reaction verliert, so dass man nicht anstehen darf, dieses Material auch zur Stillung von Blutungen aus den Knochen zu verwenden, d. h. die Gefässcanäle mit demselben zu tamponiren. Jedenfalls wird es so lange persistiren, bis sich ein hinreichender Thrombus im Gefäss gebildet hat.

E. Pelikan. Gerichtlich-medicinische Untersuchungen über das Skopzenthum in Russland. Aus dem Russischen übersetzt von N. Iwanoff.

Giessen und St. Petersburg. **J. Ricker** 1876.

Die auch in chirurgischer Beziehung interessanten Mittheilungen des Verf. beschäftigen sich zunächst mit einer kurzen geschichtlichen Darlegung der Skopzen-Secte, bei welcher die Abtragung resp. Verstümmelung der männlichen oder weiblichen Geschlechtstheile ein wesentliches Dogma ihrer Glaubenslehre ausmacht. Verf. beschreibt die bei diesen Operationen geübten Methoden und zwar auf Grund von Ergebnissen, welche sich durch die Besichtigung der Sectirer, durch klinische Beobachtungen und eigene Versuche an Thieren und menschlichen Leichen herausgestellt haben. Die gerichtlich-medic. Merkmale werden angegeben, nach welchen diese Verletzungen erkannt und von angeborenen Anomalien, den Folgen anderer chirurgischer Operationen oder pathologischer Processe unterschieden werden können. Sodann wird der Einfluss der Verstümmelungen erörtert, welcher sich in physiologischer Beziehung — besonders auch mit Rücksicht auf die psychische Sphäre — bei den Verschnittenen geltend macht. Die gerichtlich-psychiatrische Frage von der Zurechnungsfähigkeit der Skopzen wird kurz berührt. Mittheilungen über Werkzeuge, Verband- und Arzneimittel, sowie über einige Ceremonien der Skopzen bilden den Schluss des besonders für den Gerichtsarzt interessanten Buches. Endlich hat Verf. die wichtigsten gerichtlich-medicinischen Ergebnisse seiner Untersuchungen zur Anleitung für Aerzte und Juristen in Form von Fragen und kurzen Antworten zusammengefasst. 16 chromolithographische Tafeln illustriren die Angaben des Verf. und 3 geographische Karten geben Aufschluss über die Verbreitung der Skopzen-Secte in Russland.

Tillmanns (Leipzig).

H. Thomson. The surgery of 1875; Hull general infirmary.

(Med. tim. and gaz. 1876. 11. November p. 543. flg.)

In der Einleitung zu dem Jahresbericht bemerkt Verf., dass die äusseren Verhältnisse der Anstalt günstige seien, dass namentlich jeder mit einer infectiösen Krankheit behaftete Pat. streng isolirt werden könne. Die Wunden wurden bis zum October mit Carbolöl verbunden; seither wurde der Lister'sche Gazeverband adoptirt. Zur Einleitung der Narkose wird in $^4/_5$ der Fälle Aether verwendet. — Näher berichtet wird zunächst über Amputationen und Resectionen.

1) Primär-traumatische Amputationen: 2 des Oberarms, Heilung; 1 des Unterschenkels; Tod des 72jährigen Pat. am 3. Tage nach der Operation.

2) Secundäre Amputationen, nach vergeblichem Versuche der conservativen Behandlung bei zwei complicirten Unterschenkelfracturen ausgeführt. Heilung in beiden Fällen; im ersten war vor der Amputation ein Anfall von Delirium tremens durchgemacht; im zweiten nöthigte eine Nachblutung am 33. Tage nach der Amputation zur Unterbindung der Tibialis antica.

3) Amputationen wegen chronischer Entzündungen: 5 des Oberschenkels wegen Kniecaries, mit einem Todesfalle am 23. Tage nach der Operation an Erschöpfung; 1 Unterschenkelamputation wegen Fusscaries, und 2 Syme'sche Amputationen aus gleicher Ursache; Heilung.

4) Amputationen wegen Tumoren: 1 des Unterschenkels wegen Tumors der Tibia, 1 Exarticulation des Oberarms wegen Sarcom des Oberarms, Heilung.

5) Amputation des Oberschenkels wegen congenitaler Lähmung des Beins, Heilung.

Hüftgelenkresectionen wurden 4 ausgeführt: zwei mit dem Bogenschnitt, zwei nach Sayre's Methode. Kein Pat. ist gestorben, doch wird nur in einem Falle das Resultat als zufriedenstellend angegeben. Details fehlen.

Drei Knieresectionen wurden gemacht: der erste Fall betraf ein 9jähriges Mädchen mit Tumor albus, Heilung; der zweite eine 24jährige Frau mit acuter Vereiterung des Gelenkes: nach vergeblicher Drainage des Gelenkes wurde zunächst resecirt, und 6 Wochen später amputirt, Heilung. Der dritte Fall betraf eine Luxation des Unterschenkels nach vorn, zugleich mit einer complicirten Unterschenkelfractur vor längerer Zeit aquirirt, Heilung.

Drei Ellenbogenresectionen wurden ausgeführt: 2 bei Mädchen von 8 und 12 Jahren wegen fungöser Gelenkentzündung, Heilung mit mangelhafter Beweglichkeit.

Der dritte Fall betraf eine schwere Schussfractur des Gelenkes bei einem 14jährigen Knaben; Heilung mit Ankylose in rechtwinkliger Beugung des Gelenkes, mit brauchbarer Hand.

Eine partielle Resection des Oberkiefers wegen Carcinom war von schnellem Recidiv gefolgt.

Drei Mammaamputationen wurden gemacht; eine Pat. starb an Erysipel; bei einer antiseptisch behandelten Pat. heilte aus Versehen das Drainagerohr ein.

Von den beiden Zungenkrebsoperationen erforderte die eine die vorgängige Durchsägung des Unterkiefers in der Mitte, der 36jährige Pat. starb am 3. Tage nach der Operation.

Einmal wurde wegen eines Carcinomrecidives der Penis mit Hoden und Hodensack in toto entfernt; schnelle Heilung. Der Pat. ist seither (über ein Jahr lang) frei von Recidiven geblieben.

Von den 4 Steinschnitten betrafen 2 Kinder von 4 und 5 Jahren, 2 Erwachsene von 55 und 74; nur im dritten Fall ist der Seitensteinschnitt als angewendete Methode angegeben; der letzte Pat. starb an Gehirnerweichung. Eine Steinzertrümmerung in 4 Sitzungen bei einem 60jährigen Manne brachte vollständige Heilung. Eine Colotomie wegen syphilitischer Strictur des Rectum bei einer 32jährigen Frau ausgeführt, verlief 3 Stunden nach Beendigung der Operation tödtlich. Das Collum uteri wurde wegen nicht genau bezeichneter Krankheit bei einer 34jährigen Frau mit der galvanokaustischen Schneideschlinge abgetragen; Heilung. — Zwei Ovariotomien wurden gemacht: die eine endete tödtlich am Tage nach der Operation, die andere wurde wegen starker Adhärenzen des Tumors nicht beendigt, Heilung. — Von 9 herniotomirten Pat. starben 5, von 2 trepanirten einer. Zum Schlusse des Berichtes wird, gestützt auf einen glücklich verlaufenen Fall, die rapide Dilatation der Urethra bei schweren Stricturen empfohlen. Im betreffenden Falle kam der Holt'sche Dilatator zur Anwendung. **Ranke** (Halle).

E. Morselli. La trasfusione del sangue.

Turin, **H. Löscher** 1876. (600 Seiten.)

Im vorliegenden Werke stellt sich M. die Aufgabe, vom gegenwärtigen Stande der Transfusionsfrage ein möglichst getreues Bild zu entwerfen, aus dem sich von selbst ein wohlbegründetes Urtheil ergiebt. Zu dem Ende hat er die ganze Literatur des Gegenstandes gesammelt und benutzt, und es ist wohl kein auf die Transfusion bezügliches Thema aus Physiologie, Pathologie, Chirurgie etc., unberücksichtigt geblieben. Die Gründlichkeit, der grosse Fleiss, der auf diese Arbeit verwendet wurde und für welchen ein Literaturverzeichniss von 30 Seiten einen Beweis giebt, sichern dem Werke einen guten Platz in der Reihe der Schriften über diesen Gegenstand.

Der Inhalt ist gruppirt wie folgt: Nach einer historischen Einleitung erörtert M. die Physiologie und die Pathologie des Blutes, die Theorie der Transfusion und die Ergebnisse der einschlägigen physiologischen Versuche (9 eigene Experimente bieten nichts Neues). — Dann, im Capitel von den Methoden, spricht er sich auf Grund der bisherigen Erfahrungen und Experimente über die heterogene Transfusion im Sinne Landois' aus, befürwortet die Wahl venösen Blutes

als für den Zweck genügend, verwirft Defibrination und ähnliche Eingriffe als deletär für das Blut, hält die von Hüter gerühmten Vortheile der arteriellen Transfusion für übertrieben, die Vortheile der venösen Transfusion für überwiegend. — Ueber die Technik bringt M. nichts Neues; er empfiehlt das gemischte Verfahren für immediate Transfusion von Menschenblut mittelst der Instrumente von Moncoq und von Roussel. — Das Capitel: Wirkung — schildert hauptsächlich den Einfluss von Menschen- und von Lammblut auf Circulation, Respiration, Wärme, Stoffwechsel des Organismus und des Blutes, auf Secretionen und Nervensystem. — Im letzten Capitel finden sich im allgemeinen Theil die Sätze: I. Die Transfusion ist absolut contraindicirt: a) bei allen unheilbaren Krankheiten mit vorgerückten Organveränderungen und chronischem Verlauf; b) in allen acuten fieberhaften Krankheiten; c) in allen schweren Störungen des Blutbereitungsapparates. — II. Die Transfusion ist als blosses symptomatisches Mittel indicirt: 1) bei allen heilbaren, von Erschöpfung und Schwäche begleiteten Krankheiten, wenn deren Ursache beseitigt werden kann; 2) in den chronischen Anämien ohne schweres Organleiden, oder wenn sie auftreten nach Blut- und Säfteverlusten heilbarer Krankheiten. — III. Die Transfusion erfüllt die Indicatio causalis: 1) in acuten Anämien durch schwere Hämorrhagien; 2) bei den acuten Vergiftungen (vorausgesetzt: Menschenblut und vorhergehende Aderlässe). — Der specielle Theil des Capitels führt die einzelnen Krankheiten an, in welchen bisher transfundirt wurde, mit jeweiliger Citation der Operateure und — soweit möglich — Kritik der Indicationen und der Erfolge. Dass M. Pyämie und Septikämie als Contraindication für die Transfusion betrachtet, ist aus dem Gesagten wohl leicht ersichtlich.

Escher (Triest).

Wilheim. Die Electrolyse und ihre Lobredner.

(Wien. allg. med. Zeitung 1877. No. 4 u. ff.)

W. hat als Assistenzarzt F. Fiebers dessen Versuche über Electrolyse sämmtlich mit angesehen und mitgemacht und theilt nun mit ausgesprochen polemischer Tendenz gegen seinen ehemaligen Chef deren Resultate mit, die auf sehr sonderbare Weise die Veröffentlichungen Fieber's über die wunderbaren Wirkungen der electrolytischen Behandlung reduciren. Es findet sich unter den angeführten Fällen kein einziger Erfolg; die wichtigeren davon sind:

1) Frau, angeblich an Cystovarium leidend, Electrolyse. Wegen Dyspnoe durch Gasentwicklung Punction, sehr bald Exitus letalis. Die Section ergab keine Cyste, sondern Carcinom des Netzes mit Hydrops. 2) Mann mit Hydrocele, 20 Mal Electrolyse, schliesslich Entzündung des Scrotum, später Punction. 3) Schleimpolyp aus dem Cervix heraushängend; nach sechs electrolytischen Sitzungen Gangränescenz der Geschwulst ohne Abstossung derselben, worauf eine heftige Metritis und Parametritis mit lebensgefährlichen Symp-

tomen folgte, obwohl der jauchende Polyp abgetragen wurde. Resultat: ein starres, den ganzen Uterus einhüllendes parametritisches Exsudat. 4) Hygroma praepatellare. Nach mehreren Sitzungen entsteht eine acute Kniegelenkentzündung, die mehrere Wochen zur Heilung braucht; Hydrops etwas geringer. 5) Ganglion an den Strecksehnen. Die electrolytische Behandlung bringt eine heftige Sehnenscheidenentzündung mit Lymphangoitis des ganzen Armes zu Stande; 6 wöchentliche Krankheitsdauer.

Eine von Fieber als durch Electrolyse geheilt angeführte Ovarialcyste wurde später von einem anderen Electrotherapeuten noch längere Zeit behandelt und wieder geheilt. Bei Unterschenkelgeschwüren, bei Polypen des Larynx, bei Carcinoma uteri war ausser den Effecten der localen Verschorfung an der Einstichsstelle der Nadel (negativer Pol) keine Wirkung zu bemerken. Eine Lösung des Wurtz'schen Eiweisses wird durch stundenlange Behandlung mit dem electrolytischen Apparate absolut nicht chemisch verändert. Einige hypertrophische Drüsen sollen durch Anwendung der electrocatalytischen Methode verkleinert worden sein. Die angeführten Fälle beweisen zum mindesten, dass die Electrolyse kritiklos angewendet, kein ungefährliches Mittel ist. (Vergl. den Aufsatz Ultzmann's in der Wien. med. Presse, ref. im Centralbl. f. Chirurgie 1877. No. 14).

Winiwarter (Wien).

Ollier. De l'excision des cartilages de conjugaison pour arrêter l'accroissement des os et remédier à certaines difformités du squelette.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. No. 2 u. 3.)

O. hat schon längst durch Thierversuche nachgewiesen, dass man durch gewisse operative Eingriffe das Wachsthum der Knochen aufhalten und deren Formen und Richtung ändern kann. Auf solche Weise hervorgerufene Difformitäten kann man dann wieder durch weitere Operationen, die auf der nämlichen physiologischen Basis beruhen, corrigiren. Die klinische Nutzanwendung derartiger physiologischer Experimente zeigt Verf. an zwei Fällen, nachdem er vorher in einem physiologischen Theile seiner Arbeit die Resultate, die sich bei seinen früheren Versuchen ergeben haben, kurz recapitulirt hat.

Im ersten Falle (Patient 14 Jahre alt) war die rechte Tibia in Folge einer suppurativen Ostitis in der Gegend der unteren Epiphyse im Wachsthum zurückgeblieben, während die Fibula ihr Wachsthum in normaler Weise fortgesetzt hatte. In Folge dessen entstand eine Krümmung der Diaphyse der letzteren, verbunden mit Luxationen an ihren beiden Enden. Der Fuss stand in Varo-Equinus-Stellung. Um das Wachsthum aufzuhalten, excidirte O. aus den beiden Knorpeln an der Diaphyse keilförmige Stücke, deren Basis fast die ganze Höhe der Knorpel umfasste, während sie in der Tiefe bis zur Mitte des

Knorpels sich erstreckten. Durch diese Operation stellte sich das richtige Längenverhältniss zwischen Tibia und Fibula wieder her, und es verschwand allmälig die Difformität des Fusses.

Der zweite Fall (Patient 11 Jahre alt) betrifft eine suppurative Ostitis der Diaphyse des linken Radius, die sich bis zum Knorpel des unteren Gelenkendes fortsetzte. Stillstand des Wachsthums, sodass der Radius der Ulna im Wachsthum nicht nachkommen kann. Das untere Gelenkende der Ulna ist nach hinten und unten luxirt. Die Hand ist gegen die Radialseite des Armes hin geneigt. Der Zwischenknorpel zwischen der unteren Epiphyse und Diaphyse wurde partiell zerstört. Die Operation erzielte Richtigstellung der Hand und ein gutes functionelles Resultat. Doch ist die Supination nur in sehr geringem Grade möglich und auch die Flexion und Extension ist etwas behindert.

Den beiden Fällen sind Abbildungen beigegeben.

O. resümirt schliesslich seine physiologischen Versuche und deren klinische Anwendung in folgenden Sätzen:

1) Das Längenwachsthum der Knochen wird durch Excision der Zwischenknorpel aufgehalten. Diese Operation giebt beim Menschen das nämliche Resultat wie beim Thier.

2) Ihre Anwendung findet die Excision der Zwischenknorpel in Fällen von ungleicher Entwicklung der parallelen Knochen des Vorderarms und Unterschenkels. Wenn einer der beiden Knochen in seinem Wachsthum stehen bleibt, wird der andere, der normal weiter wächst, relativ zu lang. Die Folge davon werden Deviationen von Hand oder Fuss sein.

3) Wenn man das Wachsthum dieses Knochens, der, während er einerseits kaum seine normale Länge hat, doch im Verhältniss zu seinem parallelen Knochen zu lang ist, aufhält, so wird dadurch die Deviation von Hand oder Fuss aufgehalten. Diese Theile nehmen allmälig ihre richtige Stellung wieder ein.

4) Die Operation kann nicht bei allen Zwischenknorpeln vorgenommen werden, wegen deren Communication mit den Gelenkhöhlen. Am Unterschenkel und Vorderarm jedoch kann der Zwischenknorpel ohne Gefahr erreicht werden, vorausgesetzt, dass man die tiefere Hälfte des Knorpels schont. Nach der Operation muss das betreffende Glied immobilisirt werden.

5) Die Operation ist wirksamer und rationeller als die Resection eines Theiles der Diaphyse und ist dann indicirt, wenn orthopädische Apparate sich nutzlos erwiesen haben, und die Difformität bedeutende functionelle Störungen hervorruft. **Kölliker** (Würzburg).

H. Hebra. Ueber Pityriasis rubra universalis.

(Vierteljahrsschrift f. Dermat. u. Syph. 1876. Hft. 4. p. 508.)

Nachdem H. die klinischen Unterschiede zwischen Pityriasis rubra und den ihr ähnlichen Processen, Lichen ruber, Psoriasis universalis

und Eczema universale squamosum in der Weise dargelegt hat, wie dies an der von ihm angezogenen Stelle, p. 398 2. Auflage Bd. I. des Lehrbuches von Hebra und Kaposi zu finden, theilt derselbe zunächst die Krankengeschichten zweier auf der Klinik für Hautkranke beobachteter Fälle mit, die beide zur Section gekommen waren. Bei dem ersten Pat., der 1324 Tage unter Beobachtung gestanden war, konnte schon in vivo Atrophie der Haut constatirt werden; bei dem zweiten, nur kurz beobachteten, waren die Hautveränderungen geringer. Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergab in beiden Fällen das Bild einer chronisch entzündlichen Infiltration; überdies im ersten, Atrophie der Haut darbietenden Falle: »gleich unter der ziemlich dicken Epidermidallage eine dünne, mit Infiltrationszellen reichlich angefüllte Schicht von meist verkümmerten Retezellen, denen eine flache Bindegewebsschicht folgte, gleichfalls, aber etwas weniger, von Zellen durchsetzt, und unter diesem Bindegewebe lag eine die vorigen 3 Schichten zusammen oft um das Doppelte überragende Schicht von starken elastischen Elementen. In dieser wenig Infiltrationszellen, dagegen viel gelbbraunes, körniges Pigment, das überdies stellenweise bis ans Rete hinanreichte. Vom Papillarkörper waren in den meisten Schnitten nicht einmal Spuren vorhanden. Nirgends fand sich eine Schweissdrüse, nur einmal eine Talgdrüse, in einem Präparate ein Haar«. Der Allgemeineindruck dieser Hautschnitte war der einer mit Epidermis überzogenen Narbe.

Die Präparate vom zweiten Falle zeigten Zelleninfiltration, aber nicht die geschilderten consecutiven Erscheinungen.

In einem dritten, im Anschluss mitgetheilten Falle eines 64jährigen Weibes war unter Fiebererscheinungen ein allgemeines Erythem der Haut aufgetreten, das nach Schwund des Fiebers und der Schwellung eine rothe, schuppende Haut — Pityriasis rubra — zurückliess. Nach 2 Monaten kam Patientin aus der Beobachtung. Der Zustand war während dieser Zeit unverändert geblieben.

Interessant ist noch, dass der erstgenannte Kranke, während seiner vierjährigen Anwesenheit im Spitale an 4000 Arsenik-Pillen à $^1/_{10}$ Gran, d. i. 400 Gran Arsenik genommen hat und dass diese, wie die mannigfachsten anderweitigen örtlichen und innerlichen Medicationen auf den Process der Pityriasis rubra nicht den geringsten Einfluss zu üben vermochten.

Kaposi (Wien).

Englisch. Ueber einen Fall von medullarer Leukämie.

(Sitzung der k. k. Gesellsch. der Aerzte zu Wien, 26. Januar 1877.)

E. hat seit längerer Zeit auf seiner chirurgischen Abtheilung Untersuchungen angestellt, um zu ermitteln, ob bei Knochenerkrankungen eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen vorhanden sei, bevor noch die Milz erkrankt ist, wonach also in erster Linie das Knochenmark als Quelle der leukämischen Erkrankung erschiene.

Er liess zu diesem Behufe bei allen Pat., die an Knochener-

krankungen litten, die Untersuchung des Blutes vornehmen. In 2 derartigen Fällen fand E. Vermehrung der weissen Blutkörperchen ohne Erkrankung der Milz und Lymphdrüsen. Der 1. Fall betraf einen 40jährigen Mann mit Ostitis radii und secundärer Erkrankung des Handgelenkes. Die Zahl der rothen Blutkörperchen verhielt sich zu der der weissen wie 50 : 1. Die Milz war nicht vergrössert. Unter Jodkaligebrauch erfolgte die Heilung in $2^1/_2$ Monaten. Vor seiner Entlassung zeigte die Untersuchung des Blutes eine entschiedene Abnahme der weissen Blutkörperchen.

Da die Hyperplasie des Knochenmarkes nicht mikroskopisch nachgewiesen werden konnte, so könnte der Fall für nicht völlig stichhaltig betrachtet werden. Den nachfolgenden Fall aber spricht E. als sicheren Beleg für das Vorkommen einer primär-medullaren (myelogenen) Leukämie an:

»M. 40 Jahr alt, nie an Typhus, Intermittens oder Syphilis krank gewesen, hatte als Kind durch eine Verletzung einen Abscess in der rechten Sprunggelenkgegend bekommen; daher die seither bestehende Fixation des Gelenkes in Equinusstellung. 8 Tage vor seinem jetzigen Eintritte ins Spital hatte er bei grösserer Kälte im Wasser stehend gearbeitet, worauf Schmerzen im rechten Fusse und Fieber eintraten. E. fand Schwellung beider Unterschenkel des Pat.; in der Gegend des malleol. intern. dext. einen Abscess. Etwa von der Mitte der vorderen Fläche beider Schienbeine an nach aufwärts scheinbar fluctuirende, sehr schmerzhafte Geschwülste. In der linken Lungenspitze eine Infiltration, etwas über der Herzspitze ein leises systol. Geräusch nachweisbar. Milz und Leber nicht vergrössert, ebenso wenig die Lymphdrüsen, mit Ausnahme der etwas geschwellten rechtsseitigen Leistendrüsen. Diagnose: acute Osteomyelitis beider Schienbeine.

Incision des Abscesses am inneren Knöchel, Verband nach Lister. Nächsten Tages wurden die beiden Geschwülste an den Schienbeinen incidirt, wobei sich eine geringe Menge gelblich-seröser Flüssigkeit entleerte. Hohes Fieber. Die Menge der weissen Blutkörperchen verhielt sich zu den rothen wie 1 : 3. — Am 3. Tage Milzvergrösserung nachweisbar; das systolische Geräusch am Herzen stärker. Unter Zunahme dieser Symptome und Auftreten von Meningitis, Exit. letal. am 12. Tage nach des Pat. Aufnahme.

Die Section ergab: Meningit. basilar., geplatztes Aneurysma der Bicuspidal., Endo- und Pericarditis, Vergrösserung der Milz und Leber mit reichlicher Infiltration von lymphoiden Elementen; Hyperplasie des Knochenmarkes in allen Knochen. Die Vermehrung der weissen Blutkörperchen fehlte in der Leiche. **Fr. Steiner** (Wien).

Lewinski. Ueber sogenannte Sehnenreflexe und Spinalepilepsie.

(Archiv für Psych. u. Nervenkr. Bd. VII. Hft. 2.)

L. geht von der Thatsache aus, dass eine gewisse Anspannung der Sehne nothwendige Bedingung ist, damit die Sehnenreflexe zu Stande kommen können. Eine angespannte Sehne muss sich aber ganz analog verhalten wie eine gespannte Darmsaite, d. h. sie wird durch Klopfen (beim Patellarreflex) und durch plötzliches Anspannen (beim Fussphänomen) in transversale Schwingungen versetzt. Diese Schwingungen theilen sich den intratendinalen Nervenfasern mit und rufen so eine Reizung derselben hervor, welche zum Rückenmark fortgeleitet, sich hier in einen Bewegungsimpuls umsetzt. Je gespannter die Sehne, desto zahlreicher die Schwingungen, desto stärker die Reizung, desto lebhafter der Sehnenreflex.

Seeligmüller (Halle).

Kolaczek. Zur Lehre der sog. warzigen Lippenkrebse.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 50.)

Verf. ist der Meinung, dass manche als Lippenkrebse angesprochene Neubildungen einfache Schleimhaut-Papillome seien. Als Stütze seiner Ansicht führt K. folgenden Fall an. Bei einem blühenden Landmann von 27 Jahren sass an der linken Hälfte der Unterlippe im Bereiche des freien Schleimhautsaumes ein circa 2,5 Ctm. langes, 1 Ctm. breites, elevirtes Geschwür mit papillär zerklüftetem Grunde, jedoch ohne in die Tiefe gehende Härte des Bodens. In der Submaxillargegend derselben Seite fand sich eine über Haselnussgrösse geschwollene Lymphdrüse. Das vermeintlich krebsig degenerirte Lippenstück nebst Lymphom wurde exstirpirt. Die histologische Untersuchung der Neubildung ergab ein Papillom, während die betreffende Lymphdrüse tuberculös entartet war. Verf. ist geneigt, dieses Vorkommniss aufzufassen als ein überzeugendes Beispiel dafür, dass locale Drüsentuberkulose unter dem Einflusse eines kleinen chronischen, papillären Geschwürs sogar bei einem sonst sehr gesunden Landmann eintreten kann. — Seitdem hat K. wiederholt papilläre Wucherungen an der Unterlippe gesehen, die durch eine flache bogenförmige Excision beseitigt wurden, ohne dass in der Folgezeit ein Recidiv sich gezeigt hat.

Ausser den Papillomen glaubt K. auch, dass zuweilen zufällig an den Lippen sitzende specifische Indurationen für Carcinome gehalten und durch keilförmige Excision beseitigt worden sind. Vor Kurzem hatte Verf. Gelegenheit, eine junge Frau mit einem Ulcus durum an den Lippen (nach Kuss) vor dieser bereits in Aussicht genommenen Operation zu bewahren. Die Diagnose Syphilis bestätigte sich in Kurzem ex juvantibus.

Tillmanns (Leipzig).

Desprès. Absence de développement des sinus maxillaire et frontal du côté droit; atrophie d'une moitié de la face (Bergeron). Trophonevrose (Romberg). Aplasie lamineuse progressive de la face (Bitot).

(Bulletin de la Société de Chirurgie 1876. No. 4.)
(Séance de la Société du 22. Mars.)

Bei einem 14jährigen Knaben war zuerst in seinem 6. Lebensjahre eine Ungleichheit der beiden Gesichtshälften bemerkt worden. Dieselbe hat seit 2 Jahren sehr auffällig zugenommen, bis zur jetzigen (im Originalaufsatz durch eine Zeichnung illustrirten) Deformität. Die Haut über den Stellen, wo der Sinus maxill. und frontal. sein sollte, ist weiss, zart, narbenähnlich. Die rechte Zungenhälfte ist etwas weniger dick, als die linke; die Gaumensegelhälften nicht different. Alle mimischen Bewegungen des Gesichtes, sowie dessen Sensibilität normal, nur beim Schliessen des Mundes spürt der Junge eine leichte Behinderung; auch ist das rechte Auge etwas weniger scharfsichtig als das linke. Sonst ist der Knabe gesund und kräftig; keine Erblichkeit des Leidens in der Familie.

D. bemerkt, dass die von Lande zusammengestellten hierher gehörigen Fälle in 4 Gruppen zu scheiden seien:

1) jene Fälle, wo die Atrophie einer Gesichtshälfte durch Facialisparalyse bedingt ist;

2) wo nur eine Missbildung der Wange vorliegt;

3) wo nur eine Deformation der Stirne vorliegt;

4) die häufigeren Fälle, wo Stirne und Wangen defect sind. Diese letzteren gleichen völlig dem obigen Falle.

D. führt die Deformität wesentlich auf einen Stillstand in der Entwickelung der Sinus zurück. Es stimme dies auch im obigen Falle, wo der Beginn des Sichtbarwerdens der Deformität in das 6.—7. Lebensjahr fiel, also in die Zeit, wo sich die Sinus mehr zu entwickeln pflegen; die linke Gesichtshälfte entwickelte sich bei dem Knaben normal, während rechts die Sinus nicht zur Ausbildung kamen.

In der folgenden Discussion über den Gegenstand wird D. von mehreren Seiten widersprochen. Paulet bemerkt, es liege in diesen Fällen wohl sicherlich nicht stets ein Entwickelungsstillstand der Sinus vor, da er beispielsweise einen Fall kenne, wo diese Deformität bei einem Individuum aufgetreten sei, das schon nahe dem Stillstand des Wachsthums war, zu einer Zeit, wo die Sinus schon völlig entwickelt seien*).

Nicaise hält D.'s Fall für eine wirkliche Atrophie, wogegen D. seine Anschauungen aufrecht erhält. **Fr. Steiner** (Wien).

---

*) Diese Behauptung ist wohl unbegründet; denn es ist bekannt, dass die Entwickelungszeit der Höhlen des Gesichtsschädels sehr variabel bei den verschiedenen Individuen ist; die verspätete Entwickelung derselben gehört gar nicht zu den grossen Seltenheiten. Der Ref.

G. Gascoyen. Case of sphacelus of the thyreoid gland; recovery.

(Med. chirurg. Transact. V. 59. p. 113.)

Ein bisher gesunder 38jähriger Mann bekam Steifigkeit des Halses, bald schwoll derselbe an, die Schwellung verbreitete sich über Brustbein und Brust, der Mund konnte der starren Schwellung wegen nicht geöffnet werden. Sprechen und Schlucken waren sehr erschwert; spontan erfolgte Eröffnung an mehreren Stellen des Halses mit Entleerung stinkender Massen. Aus der einen in der vorderen Mittellinie gelegenen Oeffnung konnte man die ganze Schilddrüse entfernen; Trachea, Larnyx, die vom Sternum entspringenden Muskeln, ihrer Scheiden beraubt, lagen wie ein anatomisches Präparat da. — Porta lässt die Thyreoiditis vom umgebenden Zellgewebe ausgehen; sollte die Drüse selbst entzündet werden, dann würde sie in Kurzem heftig anschwellen, ihre Ausstossung wäre lebensgefährlich. Lebert hat 50 Fälle von Thyreoiditis zusammengestellt, darunter 9 eigene. Von diesen starben 13 (26%), von den übrigen 32 mit Abscedirung starben noch 11 (34,3%). In den seltenen Fällen totaler Nekrose geht nach Lebert die Entzündung nicht von der Drüse selbst aus, sondern von dem die Art. thyreoid. umhüllenden Bindegewebe; die consecutive Thrombose der Gefässe bedinge Tod des ganzen Organs. Alle Schriftsteller betonen die vorhandene Beeinträchtigung der Athmung, hervorgerufen durch Druck auf Larynx und Trachea und von 13 Todesfällen starben 5 durch Asphyxie und 4 durch Bersten der Abscedirung in die Trachea (Lebert). Von den 7 Fällen von Nekrose nach Thyreoiditis berichtet Lebert über 4 glückliche Ausgänge. Eigenthümlich bleibt für den vorliegenden Fall die normale Athmung.

Pilz (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

Johannovsky. Einige Bemerkungen über einen zweckmässigen Irrigationsapparat.

(Prager med. Wochenschrift 1877. No. 5.)

J. empfiehlt als einfachen, leicht transportablen und billigen Irrigateur den Scanzoni'schen Injectionsapparat; derselbe bildet einen einfachen Saugheber (Kautschukröhre mit Glocke und Ansatzrohr). Die Glocke befindet sich in einem beliebig grossen Gefässe, die Flüssigkeit wird bei dem Ansatzstücke angesaugt, fliesst durch die Abzugsröhre und springt durch das Ansatzstück nach aussen. Um das missliche Ansaugen zu vermeiden, legt Rasch in London den Schlauch in Windungen in das Gefäss, um ihn so mit der Flüssigkeit zu füllen; wenn dies geschehen, was man daran erkennt, dass keine Luftblasen mehr aufsteigen, wird das Ansatzstück mit dem Finger verschlossen und die Röhre nach aussen gebracht, worauf die Flüssigkeit, sobald der Fingerverschluss aufhört, sofort hervortritt. Der Apparat eignet sich zu Blasen- und Scheidenirrigationen etc; besonders aber zu den Hegar'schen Klystieren. Die Ansatzstücke sind aus Zinn oder Glas.

Der Apparat kostet bei dem Instrumentenmacher Mang in Prag mit abgeschliffenem Glasröhrenansatz 70 öst. Kreuzer. **Urlichs** (Würzburg).

Vergne & Chose. Nouvelles sondes à double courant.

(Bulletin de la société de Chirurgie 1876. No. 4. Séance de la société du 22. Mars.)

Diese doppelläufigen Katheter aus Hartgummi sind so construirt, dass das einleitende Rohr enge, das ausleitende dafür sehr weit ist. Der Vortheil des Instrumentes liegt darin, dass der continuirliche Wasserstrom, der aus der Blase herausströmt, nicht so häufig durch Verstopfung des Rohres unterbrochen wird, was beim Auswaschen der Blase von grossem Werthe ist.

Fr. Steiner (Wien).

Bettelheim. Ein praktischer Verband bei Knochenbrüchen.

(Wiener med. Presse 1877. No. 6.)

Die im Herbste abgeschälte Rinde der mannsarmdicken Aeste von Kirschen- und Weichselbäumen giebt nach B. ein vortreffliches Material für Schienenverbände. Die getrocknet aufbewahrte Rinde wird vor dem Gebrauche auf eine Viertelstunde in laues Wasser gelegt, worauf sie so weich wird, dass sie sich mit der Scheere schneiden und genau wie Guttapercha der Extremität adaptiren lässt. Sie erhärtet ebenso rasch wieder und kann nach Belieben öfters wieder erweicht werden.

Winiwarter (Wien).

Rosenkranz. Beitrag zur physiologischen Wirkung des Pilocarpinum muriaticum.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 9.)

R. bestätigt die bekannte Wirkung des Pilocarpinum muriat. Bei einer Dame mit Insufficienz der Mitralis und parenchym. Nephritis, Oedem fast des ganzen Körpers und beträchtlicher Wasseransammlung in der Pleura-, Peritoneal- und Pericardialhöhle injicirte R. subcutan 0,06 Pilocarpin (10% Lösung). Fast unmittelbar trat eine $1\frac{1}{2}$ Stunde andauernde massenhafte Salivation und universelle Schweisssecretion ein. Im Ganzen wurden vom 1. bis 7. Febr. 4 Injectionen gemacht und jedes Mal dieselbe Dosis (0,06) applicirt. Bei den letzten Injectionen dauerte die Schweisssecretion über 5 Stunden. Uebele Nebenerscheinungen fehlten. Das subjective Befinden der Pat. wurde besser. Oedem und Ascites hatten sich aber nur wenig vermindert.

Tillmanns (Leipzig).

P. Donati. Puntura di un Calabrone, seguita da gravi accidenti. Cura alcoolica, guarigione.

(Gazz. med. ital. Ven. 1876. No. 50.)

Ein 25jähriger Feldhüter wurde von einer einzigen Hornisse in die Schläfe gestochen. Sehr bald darauf fand man ihn kalt und blau, stöhnend, mit Schaum im Munde, besinnungslos, das Gesicht gedunsen, niedrige Temperatur, der Puls nicht fühlbar. Die Stelle des Stiches war weder geröthet noch geschwollen. Durch eine tüchtige Dosis Branntwein (100 Grm.) war er nach 2 Stunden schon zu sich gekommen. 4 Tage lang dauerte eine gewisse Mattigkeit an. Zur Intensität der Vergiftung mag die Jahreszeit (August) und die Tageszeit (Mittag) beigetragen haben.

Menzel (Triest).

H. Schiess-Gemusens. Zur Casuistik der Iristumoren.

(Virch. Arch. Bd. LXIX. p. 100.)

Verf. theilt 4 Fälle von (den bekanntlich sehr seltenen) Irisgeschwülsten mit. Drei betreffen Beobachtungen an Lebenden. Der Bericht über den vierten Fall wird durch die Beschreibung des enucleirten Bulbus vervollständigt. In diesem Falle handelte es sich um eine circumscripte Geschwulst der Iris und des Corpus ciliare, die so weit sie das Corpus ciliare betrifft durchaus den Charakter des Melanom besitzt, während die Irispartien des Tumor als Spindelzellensarcom mit verhältnissmässig wenig Pigment zu bezeichnen wären. Ausgangspunct der Geschwulstbildung sind die Grenzpartien zwischen Corpus ciliare und Iris. Während des Krankheitsverlaufes vollständiger Mangel von entzündlichen Erscheinungen und subjectiven Beschwerden. Auch in einem anderen Fall bestand die Melanose der

Iris 24 Jahre lang bei vollständiger Functionsfähigkeit des Auges ohne jegliche Reizung. Plötzlich trat ohne nachweisbare Ursache Wachsthum der Geschwulst mit glaukomatöser Drucksteigerung und allmäliger Beschränkung des Gesichtsfeldes und Erlöschen des Sehvermögens ein. Das Wachsthum sistirte wieder mit einem Stillstand von $1^1/_2$ jähriger Dauer. Bis jetzt ist keine Allgemeininfection eingetreten. **Madelung** (Bonn).

Gay. Case of cut-throat; wound of the left internal jugular vein treated by ligature.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 126.)

Pat. hatte sich in selbstmörderischer Absicht eine schräg über den Hals verlaufende heftig blutende Wunde beigebracht. Als Quelle der Blutung wurde die $^3/_4$" lang eröffnete Ven. jugul. erkannt. Daher wurde dieselbe doppelt unterbunden und dann zwischen den Ligaturen durchschnitten. Auch arterielle Zweige aus dem Gebiete der Aa. facial., lingual. und thyreoid. sup. mussten ligirt werden. Ungestörte Heilung. **Pilz** (Stettin).

R. Rohden. Beobachtungen über Neurosen, welche auf Spondylitis deformans (Braun) zu beruhen scheinen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 40 u. 41.)

Die von Rüdinger beigebrachten anatomischen Thatsachen bezüglich des ungewöhnlich grossen Nerven-Reichthums der Gebilde des Wirbelcanals haben bekanntlich Braun-Oeynhausen dazu gedient, in denselben eine Erklärung für eine zahlreiche Classe von spinalen Neurosen zu suchen und zwar in der Weise, dass er entzündliche Vorgänge in den Wirbeln und ihren unmittelbaren Adnexen (Spondylitis deformans) als Ursache annahm.

Verf. theilt 18 ähnliche Fälle mit und betont, dass die anatomischen Veränderungen der Wirbelsäule, besonders der Halswirbel, bei weitem häufiger sein müssten, als man bisher angenommen. R. behält sich eine eingehendere Besprechung über die Aetiologie dieser Symptomencomplexe für später vor.

Tillmanns (Leipzig).

R. Harrison. A case of lithotrity where nitric acid injections were employed.

(Brit. med. journ. 1877. Vol. I. p. 11.)

In der Liverpoler Royal Infirmary wurde bei einem 45jährigen Manne mit rundlichem Blasenstein von $2^1/_4$" Durchmesser die Zertrümmerung versucht. Der vom 1.—2. Tage gelassene Urin (60 Unz.) enthielt Phosphorsäure an alkalische Erden gebunden 74,029 Gran, an Alkalien gebunden 250,545 Gran. Nach einer Einspritzung von $^1/_2$ Pinte lauen Wassers mit 2 Drachm. Ac. nitr. dilut. waren in 24stündiger Urinmenge 96,257 Gran Phosphorsäure gebunden an alkalische Erden, an Alkalien gebunden 461,94 Gran, was eine Steigerung von 0,95% auf 1,35 (für an Alkalien gebundene) Phosphorsäure bedeutet. Nach weiteren 8 lithotriptischen Sitzungen wurde jedes Mal die Einspritzung gemacht, immer war die Phosphorsäure-Ausscheidung gesteigert. Darnach ist im Acid. nitr. ein werthvolles Mittel gegeben, der Ablagerung von Phosphorsäure bei Steinkranken vorzubeugen. Auch erschien in jeder folgenden Sitzung der Stein leichter brechbar. **Pilz** (Stettin).

E. P. Hurd. Phimosis; incoordination of movements, with loss of equilibrating power; circumcision; recovery.

(Bost. med. and surg. Journal 1877. Vol. 96. p. 68.)

Sayre hatte (im Phil. med. and surg. Report 1876. 14. Oct.) über den Zusammenhang von Phimosis und Paralysen im Kindesalter berichtet und Fälle von Heilung durch Circumcision veröffentlicht. Verf. beschrieb ibid. 11. Nov. einen Fall von nervöser Erregbarkeit bei Steinleiden etc., ebenfalls geheilt durch Circum-

cision. In dem vorliegenden Falle wurde bei einem 7jährigen Knaben der Symptomencomplex einer ausgesprochenen Ataxie locomot. mit intermittirenden Muskelzuckungen und epileptoidem Anfall durch Circumcision einer zufällig entdeckten Phimosis sogleich und für immer aufgehoben. Binnen Kurzem hatte der sehr heruntergekommene Knabe sich vollständig erholt. Verf. rechnet mit Brown-Séquard und Mitchell diesen Fall zu jenen, in welchen Paraplegie und Ataxie von peripherischer Reizung herzuleiten seien. — **Pilz** (Stettin).

G. Ruggi. La sinovite fungosa del guinnocchio può avere origine e svolgersi a preferenza nell' articolazione femoro-rotulea (mit 2 Tafeln).

(Bullett. d. Soc. med. d. Bologna. Ser. 5. Vol. 21.)

Nachdem R. hervorgehoben, dass sich am Knie 3 Gelenke unterscheiden lassen, das Tibio-Femorale, das Tibio-Fibulare und das Femoro-Patellare, macht er auf das, allerdings seltenere Vorkommen von fungösen Synovitiden des Knies aufmerksam, bei denen das Knie nicht in Flexion, sondern in Extension gehalten wird, und zwar ganz unabhängig von Einwirkung immobilisirender Behandlung. An einem einschlägigen Falle weist R. die Ursache dieses Verhaltens nach. — Eine 45jährige Frau von scrophulöser Constitution erkrankte in Folge eines Falles auf das rechte Knie an einer sehr schmerzhaften fungös-eitrigen Entzündung dieses Gelenkes. Als R. nach 7 Monaten die Pat. sah, fand er das Gelenk geschwollen, fluctuirend, und in gestreckter Stellung; die Tibia war gegen das Femur seitlich verschiebbar, die Flexion aber wegen intensiven Schmerzes beim leisesten Versuch unmöglich; ebenso war das Andrücken der theilweise abgehobenen Patella äusserst empfindlich. Pat. verbrachte die Tage erträglich, so lange sie den Fuss gegen ein Kissen stemmte; Nachts, wenn dies Anstemmen nachliess, raubte ihr der alsbald auftretende intensive Schmerz den Schlaf. Nach 1 Monat fruchtloser Immobilisirung des Beines amputirte R. wegen Fieber und Verfall der Kräfte mit gutem Erfolg am Oberschenkel; die Section des Knies bestätigte R's. Annahme, dass der Hauptsitz der Erkrankung das Femoro-Patellargelenk war. Es zeigte sich nämlich nach Entleerung des Eiters die Synovialis der vorderen Kapselwand um die Patella hochgradig fungös entartet, und an der Berührungsstelle zwischen Patella und Condylus extern. femor. war die Gelenkfläche beiderseits cariös; die Semilunarknorpel fehlten; die Gelenkflächen des Tibio-Femoralgelenkes aber waren gut erhalten, nicht usurirt, die Synovialis dieses Gelenktheiles nur wenig fungös. — R. findet darin eine neue Bestätigung dafür, dass umschriebene Partien in Gelenken in hervorragendem Maasse erkrankt sein können: speciell beim Knie habe man daher 2 Formen der Synovitis fungosa zu unterscheiden: 1) die häufigere, mit stärkerer Betheiligung des Tibio-Femoralgelenks, die sich durch die Flexionsstellung des Knies kennzeichnet und die bekannten Verschiebungen zur Folge hat (Rotation nach aussen, Abduction, Subluxation des Unterschenkels, Luxation der Patella), 2) die seltenere, vorwiegend das Femoro-Patellargelenk betreffende, bei der das Knie in Extension gehalten werde. Zur Begründung dieser letztern Erscheinung weist R. an anatomischen Präparaten nach, dass bei der in Rede stehenden Erkrankungsform die Flexion des Knies wegen Anspannung der Synovialkapsel und Andrücken der Patella an das Femur unmöglich sei, dass dagegen durch Extension des Knies Entspannung der Kapsel und Abhebung der Patella, mithin Beseitigung der Schmerzen erfolge. Therapie: Fixation des Beins auf schiefer Ebene mit gestrecktem Knie und flectirter Hüfte zur gänzlichen Entspannung des M. quadriceps femoris. **Escher** (Triest).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. Dr. M. Schede, in Berlin. Dr. H. Tillmanns in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 17. **Sonnabend, den 28. April.** **1877.**

Zur Rhinoplastik.

Von

Dr. H. Leisrink.

Im September 1876 stellte sich auf meiner Poliklinik der 3 Jahre alte Vogt aus Hamburg vor.

Nach Aussage der Mutter hat der Junge seit dem Ende des 1. Lebensjahres an einer Eiterung aus beiden Nasenlöchern gelitten, in deren Verlauf die Nase nach und nach eingesunken ist.

Bei der Vorstellung lag die Nase ganz platt im Gesichte, im Profile sah man nur die Oberlippe und die Backenknochen vorragen. Die äussern Bedeckungen der Nase waren intact, auch die Nasenflügel und die Haut des Septum ohne Defect. Die Nasenbeine, das Vomer, die knorplige Scheidewand fehlten vollständig.

Einstweilen wurde die noch immer vorhandene Ozaena mit der Nasendouche behandelt und das Kind durch Syr. ferri jodati, Wein und Seesalzbäder gekräftigt.

Nachdem der Eiterausfluss aus der Nase vorüber, fragte sich nun, was weiter?

Bekanntlich sind diese Deformitäten der Nase durch Einheilen von Stirnlappen mit Unterfütterung von Periost, durch Heranziehen von Seitenlappen operativ behandelt, aber ohne wesentlichen Erfolg.

Das früher mehrfach ausgeführte Operationsverfahren, ein Gerüst von Metall einheilen zu lassen, scheiterte an der Schwere des Metalles und an dem Reize, welchen der Fremdkörper ausübte.

Nach Dieffenbach (operative Chirurgie Bd. I p. 371) wurde das Einheilen eines Gerüstes von Goldblech zuerst von Klein und Rust empfohlen.

Galenzowsky versuchte ein bleiernes Gerüst, welches er wieder entfernen musste. Ebenso erging es Tyrrel, welcher ein Platinagestell benutzte.

Dieffenbach hat ein Gerüst von Goldblech, welches der äussern Form der Nase ohne Septum entsprach, eingesetzt, es aber wieder entfernen müssen.

Sehr einladend waren die Resultate dieser Methode nicht und doch entschloss ich mich denselben Weg zu verfolgen.

Es war anzunehmen, dass an vielen Stellen die Nase mit der Unterfläche narbig verwachsen war und dass diese Verwachsungen in grösserer Ausdehnung getrennt werden mussten, um die Nase aufrichten zu können. Mit dem einfachen Einheilen eines Stirnlappens konnte eine Wiederverwachsung dieser Flächen nicht verhindert werden und schon dadurch wäre der Erfolg der Operation auf's Spiel gesetzt. Dann würde der Stirnlappen, ohne stützende Unterfläche, sehr bald geschrumpft sein und als faltiger Hautwulst zur Verschönerung nicht beigetragen haben.

Vor allen Dingen kam es darauf an, ein Material zu finden, welches nicht allein sehr leicht sein musste, auch keinen Reiz ausüben durfte und zugleich, da es an der Innenfläche frei der Luft ausgesetzt war, weder oxydiren noch sich zersetzen durfte. Nach manchen Besprechungen mit Technikern und nachdem sowohl das Elfenbein, als auch Metalle jeder Art verworfen waren, beschloss ich zu dem Versuche eine Hülse von Bernstein einzulegen. Ein hiesiger Künstler (Herr Rampendahl) stellte mir aus Bernstein ein Gerüst her, welches ganz dünn gearbeitet, die äussere Form der Nase wiedergab.

Am 19. November 1876 wurde die Operation ausgeführt, nachdem unter mancherlei Schwierigkeiten bei dem unbändigen Knaben die Tamponade des Nasenrachenraumes ausgeführt war. Ich führte zuerst einen Schnitt, welcher etwas oberhalb des Ansatzes des rechten Nasenflügels an der Wange begann, bogenförmig über die Nase verlief und an dem andern Nasenflügel endete. Auf diesen Schnitt führte ich einen zweiten, senkrecht von der Nasenwurzel. Die so gewonnenen Lappen präparirte ich durch ein dickes Narbengewebe zurück und hatte nun die Nasenhöhle weit geöffnet vor mir. Die

Chloroformnarkose während dieses Actes war eine sehr schlechte und athmete der Junge nur bei herausgezogener Zunge. Zugleich lief ihm trotz des Tampons Blut in die Mundhöhle.

Ich probirte nun das Bernsteingerüst. Es passte ganz gut, aber die beiden Lappen konnten nur mit grosser Spannung über dasselbe vereinigt werden. Um diese Spannung zu heben, führte ich den queren Nasenschnitt an beiden Seiten bogenförmig in die Wange hinein und löste die Lappen um ein Beträchtliches weiter. Jetzt liessen sich leicht und ohne jede Spannung die Wunden durch die Knopfnaht vereinigen, nachdem das Gerüst versucht war und seine Stützpuncte an den aufsteigenden Nasenfortsätzen des Oberkiefers gefunden hatte.

Die Wunden heilten per primam. Der Nasenrücken trat ganz stattlich hervor, nur die Nasenspitze blieb noch gesenkt.

In der 4. Woche nach der Operation luxirte, wahrscheinlich durch den Druck der Narbe auf dem Nasenrücken, die Bernsteinhülse, so dass dieselbe am einen Nasenloch sichtbar wurde. Die Reposition war sehr leicht. Diese Verschiebungen sind nur einige Male vorgekommen, seit mehrern Monaten nicht mehr. Im Uebrigen sitzt das Gerüst jetzt durch beinahe 5 Monate, ohne jemals eine Reizung hervorgerufen zu haben.

Nach dieser Erfahrung glaube ich die Bitte aussprechen zu dürfen, diese Methode der Aufrichtung eingesunkener Nase durch Einsetzung eines Bernsteingerüstes näher prüfen zu wollen, da ich, bei nur beschränktem Materiale wohl nicht so bald Gelegenheit finden werde, die Operation zu wiederholen.

Auch bei den leichtern Graden dieses so sehr entstellenden Uebels, bei der sogenannten Sattelnase, empfiehlt es sich den Versuch zu machen, mit einem Bernsteinschilde die Deformität zu heben. Durch einen leicht herzustellenden Gypsabguss der Nase ist man im Stande ganz genau die Grösse und Breite eines solchen Bernsteinschildes zu bestimmen.

J. Hutchinson. Illustrations of clinical surgery, consisting of plates, photographs, woodcuts, diagrams etc.

London J. A. Churchill.

Es liegen jetzt 6 Lieferungen des Werkes vor. Der Zweck des Verf., interessante Fälle in Abbildungen und mit begleitendem Text vorzuführen, welche einerseits besondere Krankheitserscheinungen darstellen, anderseits wichtige Puncte der Diagnostik und Behandlung erläutern, wird in vollkommenster Weise erreicht. Ref. freut sich, dass der reiche Schatz von des Verf. Erfahrungen, welchen Ref. aus eigener Anschauung kennen gelernt hat, jetzt auch einem grösseren Kreise erschlossen wird. Die Reichhaltigkeit und der Werth des Gebotenen wird schon aus der Anführung des Inhalts ersichtlich.

Interessantere Einzelnheiten werden besonders besprochen werden. Die Anordnung des Stoffes ist folgende:

Heft 1. Auf 4 Tafeln neben einigen Holzschnitten: frontale Encephalocele (2), grosse Knochenexostose der Orbita und des Oberkiefer (2), Ulcus rodens (3), differente Formen von Schanker (3).

Heft 2. Formen des weichen Schankers und der Balanitis (3), Melanosis (7), Hydrocele des Halses (2), erysipelatöse Schwellung mit Ecchymosen (1), papilläre Psoriasis (1).

Heft 3. Knochenauftreibungen bei heredit. Syphilis (1), Cheilo-Pompholyx (1), Zahnaffection durch Quecksilber (6), chronische ulcerative rheumatische Arthritis (4).

Heft 4. Arachnoitis (nach Fractur) (1), Meningitis (nach Fract. der Basis) (1), Entzündung und diffuse Ecchymosen der Pia (traum.) (1), Contusio cerebri (1).

Heft 5. Subarachnoide Meningitis (1), Thrombosis des Sinus long. (Pyämie) (1), Ostitis der Schädeldecke (1), Entzündung der Dura mit Thrombus im Sin. long. (1), eitrige Entzündung der Dura und des Sin. long. (traum.) (1).

Heft 6. Vaccinations-Syphilis. 4 Tafeln mit 8 Abbildungen.

Die Ausstattung des Werkes macht der renommirten Verlagshandlung alle Ehre. — **Pilz** (Stettin).

E. Rochelt. Jahresbericht der chirurg. Univ.-Klinik in Innsbruck.

(Schuljahr 31. Juli 1875 — 31. Juli 1876. 85 Seiten. Innsbruck 1877.)

Ein Spital von 14, meist kleinen Zimmern mit 60 Betten, das im ersten Stock des Hofgebäudes eines Bazars, direct über der Leichenkammer und dem pathologisch-anatomischen Sectionssaal liegt, die Luft seiner Corridore vermischt mit den Dünsten der Küche und des nahen chemischen Laboratoriums erhält, und dessen niedrige und schlecht ventilirte Zimmer noch vom Geruch kirchlicher Oellämpchen und Weihrauchpfannen erfüllt sind, darf gewiss hygieinisch als im denkbar schlechtesten Zustand angesehen werden. Wenn trotzdem seit October 1875 bei allen streng unter Lister'schen Cautelen behandelten Kranken keine Wundkrankheit vorgekommen ist, während früher zeitweise jeder Operirte vom Erysipel befallen wurde, so ist Verf. berechtigt, diese Methode hoch zu preisen. Die Begründung seines Urtheils liegt aber weniger in den Zahlen, als im Gesammteindruck; denn die Berechnung, dass von 461 aufgenommenen Kranken 22, also 4,7% gestorben sind, hat keinen Werth, wenn wir weiter hören, dass unter den 22 nur 6 Operirte, und unter den 70 überhaupt nennenswerthen Operationen des Jahres für sämmtliche Extremitäten nur 3 Amputationen (mit 1 Todesfall), 3 Resectionen und 3 Arthrotomien verzeichnet sind. Die günstige Wirkung äusserte sich vielmehr vornehmlich in der Häufigkeit primärer Heilung und darin, dass bei keinem nach Lister behandelten Falle Erysipel oder

Senkungsabscesse auftraten. Freilich erfahren wir S. 80, dass sobald die Wunde putrescirend wurde, resp. der grüne Silk sich braun färbte, das Lister'sche Verfahren in der Regel aufgegeben wurde. Was die Methode anlangt, so ist nur hervorzuheben, dass in der Absicht, womöglich prima reunio zu erzielen, selbst Höhlenwunden bis zu Kindsfaustgrösse ohne Drainage vollkommen zugenäht wurden, da es sich gezeigt hatte, dass die Blutcoagula hinter sicherer Naht nicht vereitern, sondern resorbirt werden.

Bei den nicht nach Lister Behandelten kam einmal Septikämie und öfters Erysipelas vor. — Das Ambulatorium war von 595 Kranken besucht.

Aus der Casuistik mögen einige Fälle hervorgehoben werden.

S. 11. Zungencarcinome. 1) Mann, 64 Jahr, Krebs an der ganzen linken Hälfte. Operation: Rechtwinkliger Weichtheillappen, Basis nach oben; doppelte Durchtrennung des linken horizontalen Unterkieferasts, Knochen an den Weichtheilen nach oben geklappt, Unterbindung der Art. ling. sin. Nach 6 Wochen geringe Beweglichkeit des temporär resecirten Stücks. Nach 7 Wochen Recidiv.

2) Mann, 48 Jahr, Krebs in der ganzen rechten Zungenhälfte, secundär in den Unterkieferdrüsen. Heftige, spontane Blutungen, gestillt durch Unterbindung der Carotis (communis?) dextra. Tod durch metastatische Pneumonie.

S. 12. Tuberkulöses Zungengeschwür am linken Zungenrand bis zur Mittellinie. Galvanokaustische Excision. Tod durch intercurrente Lungenerkrankung.

S. 15. Hernia cerebri, kindsfaustgross über der Nasenwurzel eines 16 Wochen alten Kindes. Knochendefect in der Grösse eines 20 Kreuzerstücks. Bei Compression treten Krämpfe auf. Nicht operirt.

S. 17. Frau, 26 Jahr, kindskopfgrosse Struma, hochgradige Dyspnoe. Exstirpation. Heilung in 4 Wochen. — Lister. — Keine Functionsstörungen.

S. 26. Messerstich in den Bauch, Prolaps eines handtellergrossen Netzstücks. Reposition nach 6 Stunden — Naht — Lister — Heilung.

S. 35. Mann, 67 Jahr, Blasenstein 5, 4, 3 Ctm gross. Hoher Blasenschnitt, Catgutnaht an der Blase. Heilung in 4 Wochen.

S. 36. Fremdkörper in der Blase: bei Männern: eine Cirbelnuss, ein 16 Ctm. langer Strohhalm; bei einem Weibe eine Stecknadel.

S. 39. Harnleiter-Uterusfistel nach Embryotomie. Anlegung einer Blasenscheidenfistel, Occlusio vaginae. Nach 3 maliger Operation noch fingerdicke Oeffnung in der Scheide.

S. 41. 4 Ovariotomien, 1 Todesfall.

S. 44. Incomplete luxatio antibrachii nach innen, complicirt mit pseudarthrotisch geheilter Fractur des unteren Endes des Humerus (eminent. capit., condyl ext. und 1 Theil der Trochlea). Arthrotomie, Excision des Bruchstücks. Heilung mit Bewegungsbeschränkung.

S. 51. Knabe, 9 Jahre alt, Tumor cavernosus am 4. Finger der linken Hand (mit Abbildung). Excision mit Resection an den Phalangen.

S. 52. Winklig geheilte complicirte Oberschenkelfractur (Winkel von 120° nach hinten offen), Resection eines Keils; langsame feste Verwachsung; Heilung mit 7 Ctm. Verkürzung, durch eine Korksohle ausgeglichen.

S. 62. Kind, 9 Monate alt. Angeborenes Fehlen der rechten Tibia, Fibula normal. Ausmeisselung eines Keils aus dem Femurende, Einfügung des zugespitzten Capitulum fibulae, Silbernaht. — Verlauf fieberlos, Consolidation. Verkürzung 3 Ctm.

Mögling (Tübingen).

Richter. Chirurgie der Schussverletzungen im Kriege. 1. Theil. III. Abtheilung.

Breslau, **Maruschke & Berendt.** 1877.

Mit dieser Abtheilung des Richter'schen Buches ist die allgemeine Kriegschirurgie beendet (vergl. Centralblatt für Chirurgie 1874 p. 306 und 1876 p. 33) und sicherlich wird dieselbe die gleich günstige Aufnahme wie die früheren finden.

Dieser Abschnitt umfasst die allgemeine Therapie, die den Wundverlauf complicirenden örtlichen und allgemeinen Störungen, endlich die allgemeine kriegschirurgische Statistik. Nach einer gelungenen geschichtlichen Einleitung wird die ärztliche Hülfe auf dem Verbandplatze, dann in einem weiteren Abschnitte die ärztliche Hülfe im Lazareth besprochen. Dabei werden nach den neuesten, aus den letzten Kriegen stammenden Erfahrungen die bei den verschiedenen Verletzungen nöthigen oder wünschenswerthen chirurgischen Eingriffe besprochen und die Indicationen zu denselben kritisch beleuchtet. Bei der nun folgenden kurzen aber prägnanten Besprechung der Complicationen des Wundverlaufs wäre vielleicht eine etwas geordnetere und in Zusammenhang gebrachte Reihenfolge der äussern Verhältnisse, der Epidemieen und der übrigen Complicationen wünschenswerth gewesen. Die kriegschirurgische Statistik wird in dem speciellen Theile noch weitere Berücksichtigung finden.

Die »allgemeine Chirurgie der Schussverletzungen im Kriege«, die einen stattlichen Band bildet und die den vielen Fortschritten der Wissenschaft in jeder Beziehung Rechnung trägt, verdient zweifellos einen hervorragenden Rang in der modernen kriegschirurgischen Litteratur. —

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

A. Obaliński. Ueber Wundbehandlung.

(Przegląd lekarski 1877. No. 1, 4, 6 u. 7. polnisch.)

Auf der chirurgischen Abtheilung des St. Lazarus-Spitals in Krakau wurden die Wunden seit 1. Juli 1874 theils offen, theils antiseptisch (und zwar sowohl nach Lister, als auch nach Thiersch)

behandelt. In der vorliegenden Mittheilung werden nur die bis Ende 1876 vorgekommenen grösseren Amputationen berücksichtigt.

A. Offen behandelte Fälle (8), worunter: 2 Amputationen des Oberarms (1 †), 2 des Vorderarms, 2 des Oberschenkels (1 †), 4 des Unterschenkels (2 †). Im ersten Sterbefalle war Pyämie, noch vor der Amputation entstanden, die Ursache. Im zweiten Falle starb die Patientin an allgemeiner Sarcomatose, nachdem die Wunde bereits verheilt war. —

B. Antiseptisch behandelte Fälle (30 mit 8 Todesfällen), worunter: Amputationen am Oberarme 7 (3 †), am Vorderarme 1, am Oberschenkel 13 (4 †), am Unterschenkel 4 und in den Fussgelenken 5 (1 †).

Todesursachen waren: 1) Pyämie, die aber nicht von der beinahe verheilten Amputationswunde, sondern von einem gleichzeitig entstandenen und später vereiterten Oberschenkelbruche ihren Ursprung nahm; 2) Erysipelas und Phthisis; 3) Pneumonie; 4) und 5) vor der Amputation entstandene Pyämie und Septikämie; 6) Tuberculosis miliaris bei fast geheilter Amputationswunde; 7) Tetanus und 8) Phthise, nachdem die Wunde bereits geheilt war. —

Wiewohl die Sterblichkeit bei der offenen Wundbehandlung am niedrigsten (20%) sich erwiesen hat, gegen 27% bei der antiseptischen und 33,3% bei der früheren Occlusivbehandlung, so plaidirt der Verf. doch für die antiseptische Wundbehandlung, da dieselbe neben gleich guten Resultaten wie die offene Behandlung sowohl dem Patienten als auch dem Arzte mehr Vertrauen und Muth einflösst. — Was die Technik anbelangt, so glaubt Verf., dass der Carbolspray keinen integrirenden Bestandtheil des antiseptischen Verbandes bilde, da einige ohne diesen behandelte Fälle gleich gut verliefen, wie die anderen. Die Zubereitung des antiseptischen Verbandmaterials im Spitale selbst hat den sonst hohen Preis der Verbandstoffe bedeutend erniedrigt. — **Obaliński** (Krakau).

P. Rewnow. Ueber den Einfluss von Bädern und Begiessungen verschiedener Temperatur auf den Blutdruck.

Inaug.-Diss. St. Petersburg 1876. (russisch.)

Verf. experimentirte an curarisirten Hunden und fand, dass Bäder von 30—35° C. geringen Einfluss auf den Blutdruck haben, von über 35°, nach einer rasch vorübergehenden Steigerung ein Sinken des Druckes bewirken. Lässt man das Thier nach dem Bade (von 35° aufwärts) in der Zimmertemperatur, oder begiesst es mit kaltem Wasser, so steigt der Blutdruck und wechselt mit einer um so stärkeren Senkung, je niedriger die Temperatur des zum Begiessen genommenen Wassers und je höher die des Bades war. Bäder unter 30° steigern den Blutdruck, bis die Körpertemperatur zu sinken beginnt. — Eine beständige Erhöhung der Körperwärme bei Bädern

von über 35° steigert den Blutdruck. — Durchschneidung der Nn. vagi änderte in der Wirkung der Bäder nichts, dagegen trat nach Durchschneidung des Rückenmarks in der Höhe des 2. Halswirbels eine Erniedrigung ein, welche weder durch Bäder noch durch Begiessungen sich änderte. — Aus allem dem zieht Verf. den Schluss, dass bei den Blutdruckänderungen durch Bäder und Begiessungen durch die sensiblen Hautnerven reflectorisch die vasomotorischen Centra erregt werden. — **W. Grube** (Charkow).

A. Hiller. Die entzündungs- und fiebererregenden Eigenschaften der Bacterien.

(Berl. klin. Wochenschr. 1877. No. 2, 3 u. 6.)

Verf. legt zunächst seine durch frühere Arbeiten klargestellte Anschauungsweise über das in der Ueberschrift genannte Thema dar. Er behauptete, die als Träger der giftigen Wirkung putrider Stoffe angeschuldigten Bacterien isoliren zu können ohne ihrer Vitalität zu schaden, und dass sie alsdann keine Entzündung und kein Fieber erregten, ja sich nicht einmal im gesunden Organismus vermehrten. Klebs nimmt zur Erklärung von Hiller's experimentell erwiesenen Behauptungen an, dass »septische Micrococcen« im destillirten Wasser septisch unwirksam würden, weil ihnen gewisse specifische Eigenschaften genommen würden, während H. das septische Gift nur ihnen anhaftend glaubt. H. sagt ferner, dass die betreffenden Organismen entweder durch Vermehrung, wie die echt parasitischen Fadenpilze schädlich würden oder dadurch, dass sie dem Körper bei ihrer Ernährung nöthige Stoffe entzögen oder für ihn schädliche ausschieden. Isolirte Bacterien, die in Nährflüssigkeit sich stets vermehrten, also lebenskräftig waren, riefen nie auf Wunden oder irgendwie dem Organismus einverleibt, Entzündung oder Fieber in H.'s Experimenten hervor. H. führte ferner den Beweis, dass es nur die chemischen Producte seien, denen putride Stoffe ihre Giftigkeit verdanken. Ihre Wirkung ist sowohl von ihrer Menge, als ihrem chemischen Charakter (Grad der Zersetzung) abhängig. Das Gift septischer Stoffe ist ferner löslich im Wasser der Faulflüssigkeit, (durch feinporige Stoffe filtrir- und diffundirbar) und selbst dann von ungeschwächter Wirkung, wenn die Substanzen Behandlungen erdulten, die alles organische Leben vernichten mussten. Faulige Stoffe ohne Micrococcen sind wirksam, letztere ohne erstere nicht. Die Beweisführung, welche nicht nur auf den eignen Experimenten beruht, sondern auch die Beobachtungen Andrer verwerthet und in einer scharf logischen Weise erfolgt, widerlegt zugleich die Angriffe einzelner Autoren gegen H.'s Theorie. **v. Mosengeil** (Bonn).

A. Hegar. Zur Ovariotomie. Die intraperitoneale Versorgung des Stiels der Ovarientumoren. Schicksale und Effecte versenkter Ligaturen etc.
(Sammlung klin. Vorträge No. 109.)

R. Olshausen. Ueber Ovariotomie.
(Sammlung klin. Vorträge No. 111.)

Beide Arbeiten sind reich an treffenden Bemerkungen über verschiedene zumal auf die Technik und die Prognose der Ovariotomie bezügliche Fragen, durch beide klingt eine gehobene Stimmung als Folge der glücklichen Resultate, an die sie anknüpfen, und aus beiden glaubt man die frohe Botschaft zu vernehmen, dass die Frage, weshalb die Engländer bisher so sehr viel günstigere Erfolge aufzuweisen hatten als wir, im Wesentlichen als gelöst zu betrachten ist.

Hegar beruft sich auf seine letzten 15 Ovariotomien, die sämmtlich günstig ausgingen, obgleich 8 complicirte Fälle darunter waren. In 9 Fällen, unter denen 4 complicirte, bot der Verlauf keinerlei unangenehme Erscheinungen, in den übrigen 6 war die Genesung mehr oder weniger ernst gestört: 1 mal durch Peritonitis nach Versenkung des mit Ferr. cand. behandelten Stiels, 1 mal durch Erscheinungen von Darmstenose bei Klammerbehandlung und gleichzeitiger Unterbindung eines dicken adhärenten Netzstücks und Versenkung der Ligatur (— diese Combination von Klammerbehandlung und intraperitonealer Methode hält H. nicht mehr für gerechtfertigt —) und 4 mal durch intraperitoneale Abscessbildung mit Perforation durch Bauchdecken oder Darm. —

Stets wurde für gewissenhafte Desinfection nicht nur der Hände und Instrumente, sondern auch des Locals gesorgt, für die des letztern durch Ausschwefelung Tags zuvor und durch Aufstellung von Gefässen mit Chlorkalk am Tag der Operation. Es wurden nicht mehr als 6 Adspectanten zugelassen, von denen Keiner während der vorhergehenden 5—6 Tage die Anatomie besucht oder an fieberhaften Infectionskrankheiten Leidende gesehen haben durfte. Als Desinficiens wurde die Aq. chlorata der Pharmak. gebraucht, welcher vor der Carbolsäure der Vorzug vindicirt wird, dass sie »auch concentrirt wenig reizt, die Gewebstheile etwas zusammenzieht und die Blutung eher stillt als befördert«. Zur Ligatur wurde Seide, zum Verschluss der Bauchwunde die Drahtsutur gebraucht. Drainage des Douglas wurde nie ausgeführt. Nach der Operation wurde ein Wattecompressivverband angelegt. —

Die versenkten Ligaturen, vollständig abgetrennte Gewebsstücke und Brandschorfe können dreierlei Schicksal erfahren: Scheinbar am häufigsten ist ihre unschädliche Abkapselung in Folge von Bindegewebswucherung um Schnürstück und Ligatur. Zweitens kann es zu raschem Zerfall der abgeschnürten Gewebstheile kommen und damit zu septischer Infection und peracuter, diffuser Peritonitis und drittens zu circumscripter Peritonitis mit Eiterung und

meist günstiger Perforation nach aussen oder nach dem Darm. So sah H. ein 12 Ctm. langes, 3—6 Ctm. breites abgebundenes Gewebsstück am 16. Tag mit dem Stuhl abgehen.

Sehr schwer und zum Theil noch unmöglich ist es, die Grenze anzugeben, bis zu der man bei der Zurücklassung fremder Körper gehen darf. Doch ist schon jetzt klar, dass man diese Grenze weit stecken darf. Auch ist die Reinigung der zurückgelassenen Ligaturen, des Stiels, der abgeschnürten Netzpartien, Adhäsionen, Brandschorfe u. s. w., sowie auch die Reinigung der Bauchhöhle selbst mittelst desinficirender Substanzen von der grössten Bedeutung.

Nur diejenigen Gewebsmassen, welche voraussichtlich einen raschen Zerfall eingehen, müssen ausgenommen werden. Hierher rechnet H. grössere Partien festerer Geschwülste, deren nekrotische Losstossung bestimmt zu erwarten ist, »zerrissene und zerbröckelte Antheile einer bereits sehr veränderten Cystenwand«, Verletzungen eines Ureters oder der Harnblase. Meist bleibt in solchen Fällen nichts anderes übrig als das Offenhalten der Bauchhöhle, denn die Drainage des Douglas'schen Raumes reicht gewöhnlich nicht aus. —

Olshausen datirt den wichtigsten Fortschritt der Ovariotomie in Deutschland von der Erkenntniss, dass die üblen Ausgänge der Laparotomien zumeist nicht Folge des Traumas, sondern der septischen Infection sind. Die Erfolge von Keith, Köberle und Spencer Wells waren der Fernhaltung der Infection durch consequente Sauberkeit zu verdanken.

Sims' prophylaktische Drainage der excavatio recto-uterina fand mit Recht nachdrückliche Unterstützung. Heute erscheint sie indess bereits überholt durch die Erfolge der strengen Antisepsis bei der Operation und Nachbehandlung, wie sie von J. Veit aus Schröder's Klinik, von O. und Hegar verzeichnet werden konnten.

Blosse Vorsichtsmassregeln genügen indess nicht, sondern es bedarf eines positiven Desinfectionsverfahrens, namentlich durch den Carbolspray. Diesen räth O. erwärmt zu gebrauchen, um einer zu starken Abkühlung vorzubeugen. Vergiftungserscheinungen hat O. bei seinem Gebrauch nicht beobachtet, Carbolfärbung des Urins nur ganz vorübergehend. Meist macht die Lister'sche Methode den Drain überflüssig, erspart die langwierige Toilette des Peritoneums und die ängstliche Auswahl des Operationslocals und gestattet dem Chirurgen oder Gynäkologen und seiner Assistenz die Vornahme anderweitiger Operationen, von denen sie sich nach der Lage der Dinge in Deutschland unmöglich bereits Tage lang vor der Ovariotomie fernhalten können.

Bezüglich der Technik räth O. zur intraperitonealen Versenkung des Stiels nach Catgut-Unterbindung.

Von den Adhäsionen sollen die Adhäsionen mit der Bauchwand nicht bei noch prallem, sondern bei collabirtem Tumor und nicht mit der ganzen Hand, sondern mit 4 Fingern gelöst werden. Omentale Adhäsionen trenne man nur, wenn sie der Adspection

zugängig gemacht sind; erreichen dieselben Handtellergrösse, so empfiehlt sich die doppelte Unterbindung und zwar nach dem Tumor zu mit dicker Seide, auf der centralen Seite mit Catgut- und nachfolgende Durchschneidung. Bieten Darmadhäsionen der Lösung Schwierigkeiten, so lasse man lieber eine kleine Partie der Cystenwand am Darm sitzen. Vor der Verkennung der Adhäsionen mit der stark emporgezogenen Harnblase schütze man sich durch den Katheter. Die Adhäsionen an der hintern Tumorwand und im kleinen Becken verlangen Vorsicht wegen der Nähe der grossen Gefässe, diejenigen in der Nähe des Cervix uteri gefährden die Ureteren und die Art. uterinae. Hier scheue man sich nicht nach Anlegung von Massenligaturen selbst grössere Stücke der Cystenwand zurückzulassen.

Schwierigkeiten der ernstesten Art können durch ungewöhnliche Zerreisslichkeit der Tumorwandungen und durch das gänzliche Fehlen jedes Stiels oder die intraligamentöse Entwickelung des Tumors verursacht werden. Im erstgenannten Fall suche man vor Allem des Stiels habhaft zu werden, dessen Compression allein vor Blutung schützt. Bei intraligamentösen Geschwülsten empfiehlt sich, falls sie einfache parovariale Cysten sind, die Excision eines runden Wandstücks, eventuell die Einheilung des Sacks in die Bauchwunde, falls »der im breiten Mutterband steckende Theil des Tumor der Abschnitt nur eines oder weniger grösseren Hohlräume ist«; dagegen ist ihre Zurücklassung angerathen, falls sich »in den Platten des Ligaments ein compacterer Theil der Geschwulst mit zahlreichen kleinen Hohlräumen befindet«, ferner die partienweise Abschnürung und ausserdem die Unterbindung der Vasa spermatica.

Zu den denkbar schwierigsten Operationen geben nach O. die exquisit papillären Kystome Veranlassung, wenn sie zwischen den Ligamenten sitzen, bis an deren Basis heranreichend. Hier würde sich O. mit der Unterbindung der beiderseitigen Vasa spermatica zu begnügen suchen. **Löhlein** (Berlin).

B. Stilling. Neue Fälle von Ovariotomie und einige andere casuistische chirurgische Mittheilungen. Ein Beitrag zur Wundbehandlung nach Lister's Principien.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 3—6 u. 10.)

Mittheilung 2 glücklich verlaufener Fälle von Ovariotomie.

I. Fall. 36jährige Frau. Grosses multiloculäres Cystoid des linken Ovariums. Mehrmalige Punctionen. Bei der nach Lister vorgenommenen Ovariotomie ergab sich, dass die linke Hälfte der vorderen Fläche der Cyste mit dem Peritoneum stark verwachsen war. Nach Entleerung der Cyste werden die Adhäsionen mit dem Finger leicht gelöst. Wegen zu kurzen Stieles keine Klammer, Stiel mit 3 Catgut-Ligaturen versenkt. Toilette der Bauchhöhle. Naht. Listerscher Occlusionsverband. — Fieberloser Verlauf (ein Mal 38,4, sonst

Temperatur normal). Prima intentio. 3maliger Verbandwechsel. Am 23. Tage nach der Operation steht Patientin auf. 5 Wochen nach der Operation reist dieselbe nach Hause. — Die histologische Untersuchung der Geschwulst ergab Papillom mit Cystenbildung.

II. Der zweite Fall ist von besonderem Interesse. Er betrifft eine 25jährige Dame, bei welcher St. schon früher die Ovariotomie mit Erfolg gemacht hatte (Deutsche Klinik 1872, No. 39. 22. Fall der von St. ausgeführten Ovariotomieen). Die Dame blieb bis Frühling 1876 vollständig gesund, dann zunehmender freier Ascites mit rapider Kräfteabnahme. Mittelst Punction entleert St. 2$^1/_2$ Eimer einer klaren, gelben, eiweissreichen Flüssigkeit, nach deren Entleerung rechts harte Massen von Apfel- und Faustgrösse nach dem Becken hinein fühlbar wurden. Links nichts Abnormes. Da S. in der oben erwähnten Operationsgeschichte angegeben, dass er das rechte Ovarium exstirpirt habe, das linke dagegen zurückgeblieben sei, so war die Diagnose zweifelhaft. Untersuchung mittelst der Uterussonde musste wegen Empfindlichkeit des Unterleibs unterbleiben. — Es erfolgte schnell zunehmender allgemeiner Collaps, der Umfang des Unterleibs wurde grösser, denn je zuvor, deshalb 26 Tage nach der Punction antiseptische Laparotomie. Nach der Entleerung von 2 Eimer freier ascitischer Flüssigkeit präsentirte sich eine dunkelblaurothe Masse, ähnlich einer grossen Weintraube, welche aus zahllosen haselnussgrossen leicht berstenden Cysten mit hellem Inhalte bestand. Die Basis des sehr schwer und nur stückweise zu entfernenden Tumors sass an der rechten oberen Ecke des Uterus, an der Eintrittsstelle der Tuba Fallopii resp. an der Stelle des lig. latum, wo vor 5 Jahren das erkrankte Ovarium abgeschnitten worden war. Tumor mit dem Netz verwachsen. Ligatur der Adhäsionen mit Catgut. Nach vollständiger Entfernung des Tumors erweisen sich Uterus und linkes Ovarium normal. Sorgfältige Toilette der Bauchhöhle. Bauchnaht. Vom unteren Wundwinkel in die Beckenhöhle 3 Drainröhren. Carbol-Gaze-Salicyl-Watte-Verband mit fester Compression der erschlafften Bauchwandungen durch Mullbinden. — An der Basis der abgeschnittenen Geschwulst war eine haselnussgrosse knochenharte Stelle mit weichem Centrum (früher angelegte Ligatur?). Der Tumor gab makroskopisch das Bild einer aus zahlreichen kleinen Cysten bestehenden Colloidgeschwulst (histologische Untersuchung war durch besondere Umstände unmöglich). — Wegen heftiger Schmerzen im unteren Wundwinkel wurden die Drainröhren noch am Operationstage entfernt. — Der weitere Verlauf ist besonders ausgezeichnet durch häufiges Erbrechen. Während der ersten 9 Tage Fieber (bis 39,3° C.). 3maliger Verbandwechsel. Die Bauchwunde nach 9 Tagen per primam geheilt bis auf eine gerstenkorngrosse Stelle am unteren Wundwinkel. »Von Eiter keine Spur«. In den nächsten Wochen allmälige Besserung des Allgemeinbefindens etc. Vollständige Heilung. —

Sodann macht S. noch einige Mittheilungen über die Processe, welche nach Ovariotomien ein Absterben des durch eine Ligatur abgeschnürten Endstücks des Stiels einer Ovarialcyste nach dessen Versenkung

in die Höhle des Beckens verhindern. Wird eine Ligatur lege artis um einen Ovarialstiel angelegt, so schneidet dieselbe eine tiefe Rinne in das Gewebe desselben, es entstehen 2 kugelförmigê Abschnitte, deren freie Oberflächen mehr oder weniger in sehr innigem Contact aneinandergepresst werden, so dass wie bei ganz abgetrennten Körpertheilen Verwachsungen eintreten. Wenige Tage (2—3) resp. Stunden nach der Ovariotomie fand S. lockere oder festere Adhäsionen zwischen dem Stielende jenseits und demjenigen diesseits der Ligatur. In späteren Zeiträumen nach der Ovariotomie nimmt diese Verwachsung der beiden Enden immer mehr an Umfang und Festigkeit zu, wodurch die äussere Oberfläche des Stiel-Endstücks manschettenartig einem Champignon ähnlich gegen den uuterhalb der Ligatur befindlichen Stieltheil umgestülpt wird. Ebenso wird die von der Ligatur umschlossene Gewebspartie des Stiels lebendig erhalten: die Ligatur besonders der Darmsaiten giebt allmälig nach, es tritt auch in dem umschnürten Gewebstheil wahrscheinlich spärliche, aber allmälig zunehmende Blutcirculation ein und der Eintritt der Gangraenescenz wird auch hier verhindert. **Tillmanns** (Leipzig).

Spencer Wells. Three hundred additional cases of ovariotomy: with remarks on drainage of the peritoneal cavity.

(Brit. med. Journal 1877. Vol. 1. p. 266. — Lond. med. chirurg. Soc.)

Verf. der früher über 500 Fälle (bis 1872) berichtet, fügt jetzt weitere 300 hinzu. Die Mortalität in der 6. Serie betrug 28, in der 7. und 8. 24 Fälle, ein Resultat, das dem der früheren 500 gleichkommt; dennoch ist es in Wirklichkeit bedeutend besser, weil W. in der letzten Zeit Personen operirt hat, die er früher als gänzlich ungeeignet zurückgewiesen hätte. Die Mehrzahl der Patientinnen ist genesen. Mit Bezug auf die Drainage bemerkt W., dass er nur 8 der letzten 300 Operirten damit behandelt habe, und im weiteren Verlaufe bei 11 entweder ein Theil der Bauchwunde geöffnet oder durch die Vagina punctirt habe. In einigen tödtlich verlaufenen Fällen hätte vielleicht die primäre oder secundäre Drainage etwas genützt. Ganz allgemein will er sie nicht angewandt wissen, sondern beschränkt dieselbe auf diejenigen Fälle, in denen Ansammlungen von Blut und grössere Mengen Secret nach der Operation erwartet oder vermuthet werden können.

In der Discussion berichtet Bryant über 5 Fälle von Drainage. Davon genasen 4. Drei Mal bediente er sich eines Glasrohrs, 2 Mal biegsamer Katheterstücke. Er habe die Ueberzeugung, dass 3 der Pat. ohne diese Massnahme gestorben wären.

W. entgegnet auf an ihn gestellte Fragen: Drainage sei nothwendig, wenn die Adominalhöhle nach der Operation nicht genügend gereinigt werden könne, oder wenn anderseits eine Nachblutung erfolge. Sollte sich einige Tage nach der Operation eine fühlbare Geschwulst im Douglas'schen Raume ansammeln, dann könne die

Flüssigkeit leicht durch Punction entfernt werden. In Fällen von Cysten des Mesenteriums und der breiten Mutterbänder müssten die Verhältnisse des Falles über die Anwendung der Drainage entscheiden; Ascites und Cystenflüssigkeit im Abdomen seien keine absoluten Indicationen für Drainage; auch könne man nicht aus der starken Entleerung durch das Drainrohr auf ihre absolute Nothwendigkeit schliessen, da das Drain als fremder Körper nicht ohne Einfluss auf die Secretionsmenge sei, indem es dieselbe sicher steigere. In Bezug auf den Nutzen einer aseptischen Behandlung könne er heute noch kein Urtheil abgeben, werde aber die nächste Serie antiseptisch behandeln.

Pils (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

S. Soboroff. Löffelzange zur Extraction von Kugeln und anderen Fremdkörpern.

(Mosk. med. Gaz. 1877. Nr. 6. 7. russisch.)

Die Zange besteht aus 2 scharfen Löffeln, deren Stiele zu stumpfen Haken umgebogen sind, und einen Matthieu'schen abnehmbaren Schluss haben; eine sinnreiche Combination der einzelnen Theile giebt die Möglichkeit, nach Bedürfniss das Instrument als einfache Sonde oder Hohlsonde, als scharfen Löffel, als stumpfen Haken und als verschieden geformte Zange zu gebrauchen. Verf. verspricht sich hiervon grosse Vortheile.

W. Grube (Charkow).

J. Selenkow. Bemerkungen zur Impfung.

(Wojenno-med. Journ. 1877. I. russisch.)

In Betreff der Mortalität der Vaccinirten und Nichtvaccinirten an Masern und Scharlach kam Verf. nach Durchsicht der Journale des Oldenburger- und des Nicolai-Kinderhospitals zu dem Schluss, dass ein Unterschied zwischen Geimpften und Nichtgeimpften nicht bestehe; — dagegen liess sich ein günstiger Einfluss der Vaccination auf Mortalität bei Variola evident darthun. — Ausserdem sucht Verf. den Jmpfgegnern (Rudnew und Reitz) nachzuweisen, wie wenig wissenschaftlich ihre Behauptungen begründet seien, indem sie massgebende Arbeiten, die den Nutzen der Impfung zur Evidenz darthun (Müller, Flinzer, Nusser), gar nicht berücksichtigen.

W. Grube (Charkow).

Burow. 1) Fibroid der Fossa sphenomaxillaris; osteoplastische Oberkieferresection; Heilung.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 5 und 7.)

Verf. theilt einen nach der v. Langenbeck'schen Methode operirten, in der Ueberschrift benannten Fall mit. Statt der Stichsäge bediente er sich der Kettensäge, wie auch andre Operateure. Um letztere anzulegen, construirte B. einen mit halbkreisförmigem Bogen endenden Stahlstab. Die Operation wurde bei sitzender Stellung des Pat. in der Narkose ausgeführt. Offene Wundbehandlung, Heilung.

— 2) Sarcom der Epiglottis, Pharyngotomia subhyoïdea; Heilung.

Der Pat. war, wie der vorige ein Russe, und war die Geschwulst ebenfalls ein Recidiv. Wegen starker Suffocationsanfälle musste der zweiten Operation eine Tracheotomie vorausgeschickt werden. Die Operation wurde wie die erste vom Munde aus vorgenommen; doch blieb ein Stielrest, zu dessen Entfernung Verf., um das Operationsfeld zugänglicher zu machen, die Pharyngotomie ausführte. Mit Cowper'scher Scheere und scharfem Löffel wurde die Geschwulst entfernt. — Im Ganzen sind noch 7 ähnliche Fälle bisher in der Litteratur verzeichnet. Die Hei-

lung war durchaus zufriedenstellend und macht Verf. darauf aufmerksam, dass vor Anlegen der äusseren Suturen die Schleimhaut dicht genäht sein müsse.

3) Extraction einer hinuntergeglittenen Kanüle aus der Trachea eines Mannes.

Ein wegen Chorditis vocalis inferior hypertrophica tracheotomirter Pat. hatte in $3^3/_4$ Jahren seine Kanüle so durchgescheuert, dass sie von der Platte abbrach und in die Trachea herabfiel. Nach zehn Tagen wurde sie vom Verf. mit einer Morell-Mackenzie'schen Röhrenzange gefasst, bis an die schon verengte äussere tracheotomische Oeffnung geführt, diese erweitert und dann das Kanülenrohr extrahirt. **v. Mosengeil** (Bonn).

H. Friedberg. Seltene Folgen einer Kopfverletzung.

(Virch. Arch. LXIX. p. 93.)

Eine 66jährige Frau fällt ungefähr 4 Meter hoch rückwärts von einer Leiter herunter. Tod nach allgemeinen klonischen Krämpfen und Bewusstlosigkeit, $^1/_4$ Stunde nach dem Sturz. Auf die hintere Schädelgrube beschränkter Knochenbruch. Die Arteria basilaris an der Ursprungsstelle der Arteriae cerebelli inferior. anter. eingeklemmt in die Bruchspalte des Körpers des Hinterhauptsbeines und zugleich geknickt. Das Gehirn im hohen Grade anämisch, am auffallendsten in der unteren Partie des Schläfen- und Hinterhauptlappens des grossen Gehirns, der Brücke und des Kleinhirns. Herz schlaff, vorzugsweise in der rechten Hälfte. In den Vorhöfen und Kammern nur eine mässige Menge von theils flüssigem, theils lose geronnenem Blute. Am grössten war die Menge in der linken Kammer. Oedem der Lungen. In der oberen vorderen Partie des rechten unteren Lungenlappens ein hühnereigrosser apoplectischer Herd. Ein noch grösserer gleichartiger Herd in der Mitte des linken unteren Lungenlappens. Der Tod trat nach F. ein durch Quetschung vorzugsweise der an der unteren Fläche des Gehirns befindlichen Theile, der Centra für Respiration und für Circulation. Die auffallende Beschränkung des Bruches auf die Schädelbasis erklärt F. folgendermassen. Bei dem Sturze auf den Scheitel stiess der Atlas mit voller durch das Körpergewicht und die Fallhöhe bedingter Kraft die Seitentheile des Hinterhauptsbeines in die Schädelhöhle hinauf, während das Schädeldach in die Schädelhöhle hinabgedrückt wurde. Die plötzliche Biegung der Schädelbasis erreichte hierbei in der vorderen Hälfte der hintern Schädelgrube den höchsten Grad. Das Gehirn wurde gegen die Schädelgrundfläche so angedrückt, dass die in Folge des Zerreissens der harten Hirnhaut entblössten Bruchränder des clivus die Basilararterie einklemmen konnten.

Madelung (Bonn).

Slocum. A case of extensive compound fracture of skull etc.

(New-York medical Record. No. 319. 1876. December 16. p. 809.)

Ein Junge von 15 J. wurde bei einer heftigen Dampfkesselexplosion eine weite Strecke mit Fragmenten des Kessels fortgeschleudert und durch dieselben verletzt. Man fand ihn bewusstlos mit einer complicirten Schädelfractur, welche durch das rechte Seitenwandbein und nach hinten durch die Hinterhauptschuppe verlief. Viel zertrümmerte Hirnsubstanz quoll aus der Wunde hervor. Beträchtliche Blutung aus der art. mening. med., Herzaction kaum wahrnehmbar. 15 St. nach der Verletzung konnte Pat. wieder schlucken. Doch traten bald heftige Erscheinungen von Hirndruck hervor. Nach Dilatation der Wunde wurden zahlreiche Knochensplitter extrahirt, die nach Durchbohrung der Meningen in das Gehirn eingedrungen waren, wobei ziemlich viel Hirnsubstanz mit herausgebracht wurde. Nach 3 Tagen kehrte das Bewusstsein wieder; am 4. Tage Delirien, welche mit Morphium und Bromkali bekämpft wurden. Am 10. Tage antwortete Pat. auf einfache Fragen in correcter Weise; in der 3. Woche war Continenz der Faeces und des Urins bei klarem Bewusstsein und bei wiederkehrendem Gedächtniss wieder vorhanden. Die Pupillen blieben 2—3 Monate stark erweitert. Nach 3 Monaten erfolgte der letzte Abfluss von Hirnsubstanz aus der noch kleinen Wunde, welche sich erst nach 6 Monaten schloss. Mehrere Contusionen und Abscessbildungen an Schulter, Gesäss etc. steigerten Anfangs das Fieber und die Delirien. Die geistigen Fähig-

keiten des Knaben sind verringert; derselbe kann nur leichtere Arbeiten verrichten; er wird meist als Laufbursche benutzt. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Goghill. Case of oesophageal fistula opening through thoracic parietes laterally.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 68.)

Bei der Seltenheit vorstehender Beobachtung theilt. Verf. dieselbe ausführlicher mit. Darnach erkrankte ein bisher gesunder 33jähr. Mann an Pleuro-Pneumonie. Es kam zur Empyembildung. Im weiteren Verlaufe bildeten sich 4 Abscedirungsstellen. Nach 15 Monaten bestanden noch 2 Thoraxfisteln, die eine im 3. die andere im 5. Intercostalraum; die Drainrohre drangen 4″ ein. Die rechte Lunge athmete gar nicht. Im weiteren Verlaufe traten aus der oberen Fistelöffnung Speisen heraus und es stellte sich eine Communication zwischen den ursprünglich von einander getrennten beiden Fisteln ein. Pat. verliess das Spital zu Ventnor und starb einen Monat später plötzlich durch Embolie der Art. pulmonalis.

Pilz (Stettin).

E. Modrzejewski. Ein seltener Fall von Vorfall des Dünndarmes durch den Mastdarm.

(Medycyna 1877. No. 11. polnisch.)

Eine ältere Frau empfand plötzlich bei angestrengtem Aufheben einer Wasserkanne, dass ihr der Mastdarm vorgefallen sei. Ein herbeigeholter Barbier hatte den vorgefallenen Darm reponirt, da aber nach 2 Tagen die Schmerzen nicht nur nicht nachgelassen, sondern sich im Gegentheile gesteigert hatten, wurde die Pat. in's Spital gebracht, wo neben Prostration, Aufstossen und Uebelkeit ein pflaumengrosser bläulichrother beim Drängen sich vergrössernder Tumor im After vorgefunden wurde. Repositionsversuche erfolglos. Am zweiten Tage Collapsus und Tod. —

Section: 11 Ctm. über dem After befindet sich an der vorderen Mastdarmwand ein 4 Ctm. im Durchmesser haltendes Loch, durch welches eine 110 Ctm. lange Dünndarmschlinge vorgefallen war. Der Mastdarm zeigte ausser einem chronischen Schleimhaut-Katarrh und einer bedeutenden Erweiterung nichts Besonderes. Die vorgefallene Darmschlinge im Stadium acuter Entzündung; sonst war die Peritonitis unbedeutend. M. meint, dass beim rohen Repositionsversuch des vorgefallenen Mastdarmes dessen Durchlöcherung, und hierauf der Vorfall des Dünndarmes stattgefunden habe. — **Obaliński** (Krakau).

B. Kleberg. 12 Fälle von Vesicovaginalfisteln.

(Arbeiten der Aerzte des Odessaer Stadthospitals 1876. II. Lfg. russisch.)

Von den bei Geburten entstandenen 12 Fisteln, in der Grösse einer Fingerkuppe bis zu der eines Hühnereies, wurden 11 mit und 1 ohne Erfolg operirt, wobei in der letzteren die Stupidität der Kranken anzuschuldigen ist, da durch ihre Unruhe am Tage nach der Operation die Nähte ausrissen. 6 Fisteln in der unteren Hälfte der Vagina heilten durch einmalige Operation; von 4 in der oberen Hälfte gelegenen 1 durch einen, 2 durch zwei Operationen, und eine blieb ungeheilt. 2 Fisteln lagen unmittelbar neben dem Uterus. Alle Operationen wurden in der Seitenlage oder à la vache ausgeführt; letztere Stellung empfiehlt Verf. besonders. Die mit carbolisirter Seide angelegten Nähte wurden gewöhnlich am 9. Tage entfernt. Bei der Nachbehandlung liess man während 3 Tage ein in die Blase geführtes Drainagerohr liegen und erst nach 9 Tagen durften die Pat. aufstehen. — Verf. benutzte Entspannungsschnitte, die, wenn nöthig, selbst bis auf die Blasenschleimhaut gingen. Entspannungsnähte legte K. nicht an. —

W. Grube (Charkow).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N° 18. **Sonnabend, den 5. Mai.** **1877.**

Nachtrag zu dem Artikel:

Neurectomie des Ramus sec. N. V., des N. lingualis und alveolaris inferior.

Von

Prof. **Hermann Lossen.**

Da über die Dauer der Schmerzlosigkeit nach Neurectomien, selbst nach ausgiebigen, die Acten noch keineswegs geschlossen sind, so dürften spätere Control-Berichte über den Zustand der Operirten durchaus am Platze sein. Die 68 Jahr alte R. K., welche Ende Mai 1875 von Simon am II. Aste des V, Ende December desselben Jahres von mir am Lingualis und Alveolaris inf. operirt wurde, ist heute noch, 25 Monate nach der ersten, 16 nach der zweiten Operation, vollkommen schmerzfrei. Sie spürt, wie ein vor mir liegender Brief erklärt, nicht mehr das Geringste, fühlt sich gesund, stark und lebensfroh, wie nie vorher. Das Einzige, was zurückgeblieben, ist,

dass die Mundschleimhaut zuweilen anschwillt und sie am Kauen etwas hindert.

Im Anschlusse hieran will ich noch einen zweiten Fall von Neurectomie nach Paravicini erwähnen, den ich kurz nach der ersten Mittheilung Gelegenheit hatte, zu operiren.

J. N., 30 Jahre alte Frau aus Winkel, leidet seit 12 Jahren an heftigen neuralgischen Schmerzen im Gebiete des N. mandibularis dext. Dieselben sind nicht constant, bleiben oft wochenlang aus, um dann mit erneuter Heftigkeit einige Tage hindurch zu toben. Zuweilen werden sie durch Bewegungen des Mundes, durch Kauen, Sprechen ausgelöst, zuweilen entstehen sie ohne nachweisbare Veranlassung.

Ausschneidung des N. mandibularis dext. nach Paravicini am 2. Juni 1876. Die Operation wurde in Narkose am hängenden Kopfe ausgeführt, ein ca. 5 Mm. grosses Stück des Nerven entfernt. Bis zum 17. Juni ging die Heilung gut von statten. Eiterung gering, Wangengegend nur mässig geschwollen, kein Fieber. Pat. war bereits 1 Tag ausser Bett, als sie einen Schüttelfrost bekam, der sich nach einigen Stunden wiederholte. Schwellung an der rechten Wange bedeutend, Mund kann nicht geöffnet werden. Bis zum 25. wiederholen sich die Fröste oft 3—4 mal täglich. Incision von aussen her nach dem Kieferrand entleert nur geringe Mengen Eiter. Mit der Sonde konnte man die äussere Fläche des Unterkieferastes in ziemlicher Ausdehnung entblösst fühlen. Tod 25. Juni. Die Section zeigte die ganze linke Häfte des Unterkiefers aussen und innen von Periost entblösst, im Uebrigen die Befunde der Pyämie.

Da wir zu derselben Zeit verschiedene andere Operirte an Pyämie verloren, so darf wohl eine Hospitalinfection angenommen werden. Die Operationsmethode trifft keine Schuld. —

Ich entspreche dem Wunsche eines Lemberger Collegen, des Primararztes Dr. J. Szeparowicz, wenn ich den in meiner Publication vom 20. Mai 1876 aufgezählten Fällen von Neurectomien nach Paravicini einen von ihm Juni 1874 operirten und in No. 30 der Wiener med. Wochenschrift v. J. 1875 veröffentlichten noch beifüge. Der Fall hat insofern Aehnlichkeit mit dem meinigen, als auch hier der Nerv bei dem Versuch ihn zu fassen, durchriss und nun stückweise entfernt werden musste. Auch hier kam es zu einer partiellen Nekrose des Kieferrandes. Erfreulich ist, dass Szeparowicz 1 Jahr nach der Operation noch die vollkommene Schmerzfreiheit constatiren konnte.

Es gehört hierher auch noch der in der Berliner klin. Wochenschrift No. 2. v. J. 1875 von Stetter mitgetheilte Fall Schönborn's, in welchem nach Aufmeisselung des Canalis inframaxillaris ein Stück von 6 Ctm. aus dem Nerven entfernt wurde.

Da ich nicht die Absicht hatte, eine Statistik der Paravicini'schen Operation zu schreiben, so wird man mir diese Unterlassungen nicht verargen.

Heidelberg, den 20. April 1877.

J. Spence. Statistical report of operations in the royal infirmary, Edinburgh.

(Med. tim. and gaz. 1876. 28. October p. 485.)

Der Bericht giebt zunächst folgende Uebersichtstabelle der vom 30. April 1875 bis zum 30. September 1876 ausgeführten Operationen und ihrer Resultate:

I. Amputationen und Exarticulationen:

	geheilt.	†	Total.
1. Primär-traumatische Oberarmamputation	—	1	1
2. Schulterexarticulation wegen Caries	1	—	1
- - Tumor	—	1	1
3. Oberarmamputation wegen Caries am Ellenbogen	2	—	2
4. Primär-traumatische Oberschenkelamputation	1	2	3
5. Hüftexarticulation wegen Coxitis	1	—	1
- - Nekrose	1	—	1
6. Oberschenkelamputation wegen Caries oder Neubildung	3	1	4
7. Unterschenkelamputation, primär traumatisch	1	—	1
- secundär	—	1	1
8. Unterschenkelamputation wegen Caries und Neubildung	3	—	3
9. Fussexarticulationen	7	—	7
Total:	20	6	26

darunter 6 traumatische, mit 4 Todesfällen.

II. Resectionen der Gelenke.

	geheilt.	†	Total.
1. Schulterresection wegen irreponibler Luxation	—	1	1
2. Ellenbogenresectionen	4	1	5
3. Hüftresectionen	1	2	3
4. Knieresectionen	2	—	2
Total:	7	4	11

Exstirpationen von Tumoren.

	geheilt.	†	Total.
1. Mammaamputationen wegen Krebs	9	1	10
2. Exstirpation eines Mamma-Cysto-Fibrom	1	—	1
3. - von Tumoren der Parotis	3	—	3
4. - - - des Halses	—	1	1
5. - - - - Oberkiefers	1	—	1
6. - der ganzen Zunge	1	—	1
7. Galvanokaustische Amputation der halben Zunge	—	1	1
8. Ovariotomien	1	1	2
Total:	16	4	20

Es folgen 6 Nekrotomien ohne Todesfall, dann die in No. 3 des Centralbl. f. Chir. referirte Operation bei Luxation des Kniegelenkes, 5 Steinschnitte mit einem Todesfall, eine Exstirpation des Bulbus, eine Operation bei Verbrennungscontractur am Arm, eine Herniotomie, und zuletzt 3 complicirte Fracturen mit einem Todesfalle. Abgesehen von einigen streng antiseptisch behandelten Fällen ist bis zum 10. August 1875 die von Dr. Kirkwood im vorigen statistischen Berichte (cfr. Centralbl. f. Chir. 1875, p. 279) beschriebene Wundbehandlung in Anwendung gekommen; seither ist Spence zu einem einfacheren Verfahren zurückgekehrt. Zunächst wird die Wunde mit warmer Carbollösung vollständig gereinigt, sodann genäht. Zum gelegentlichen Auswaschen und zum Abfluss der Secrete werden Drains eingelegt.

Die Wunde wird sodann mit zwei Schichten Lint, welches mit Borsäurelösung angefeuchtet ist, bedeckt. Das untere Lager wird in den ersten 36 Stunden nicht gewechselt; öfter das obere; späterhin wird nur ein Lager benutzt, welches gegen die Verdunstung durch ein übergelegtes Stück Wachspapier geschützt wird. An Stelle der Borsäurelösung kömmt auch 5% Carbol-Oel zur Verwendung, es muss dann die Wunde durch ein Stück undurchlässiges Zeug gegen die Aetzwirkungen der Säure geschützt werden. Auf diese Behandlungsweise kommen 40 grosse Operationen mit 7 Todesfällen, von denen jedoch 3 durch Shoc und durch unstillbares Erbrechen nach der Operation bedingt, nicht der Verbandmethode angerechnet werden können. Zu diesen Fällen gehört auch der Todesfall nach Schulterresection. Die kurzen Krankengeschichten der meisten Fälle sind in den beigefügten Anmerkungen mitgetheilt. Es ist indessen nicht einmal möglich, aus den mitgetheilten Daten die Todesursachen der gestorbenen Patienten mit Sicherheit zu erkennen, und muss daher für die weiteren Einzelheiten auf das Original verwiesen werden.

Ranke (Halle).

Albert. Beiträge zur operativen Chirurgie.

(Wiener med. Presse 1877, No. 1 u. ff.)

1. Versuche, Höhlenwunden unter Lister'scher Behandlung vollkommen zu vernähen, mit Hinweglassung der Drainage, aber exacter Compression. Dieselben wurden in 11 Fällen bei Exstirpation von Tumoren (carcinomatöse Lymphdrüsen am Halse, unter dem Kiefer, in der Achselhöhle u. s. w.) unternommen, dabei möglichst tiefgreifende Näthe angelegt, für die A. zu diesem Zwecke Metalldraht empfiehlt, weil Catgut zu schnell reisst. Nach Exstirpation eines Sarcoms vom Nacken wurde nicht einmal die Blutstillung durch Ligatur gemacht, so dass am folgenden Tage die ganze Wundhöhle fluctuirte. Trotzdem niemals Fieber, jedesmal Vereinigung per primam. Bei einer Eröffnung des Ellbogengelenkes wegen irreponibler Luxation wurde die Wunde bis auf ein Drainrohr vernäht; am 8. Tage entfernte der Kranke die Schiene und begann active Bewegungsversuche, ohne Nachtheil.

2. Bei einem Manne von 60 Jahren mit Lungencavernen und Caries der Handwurzel wurde ein grosser ulcerirter Knoten in der Zunge, der trotz mikroskopischer Untersuchung eines excidirten Stückes und der Vermuthung, dass es sich um eine tuberkulöse Neubildung handeln könne, als solche nicht diagnoscirt werden konnte, sammt einigen Drüsen exstirpirt. Ein Schnitt durch die Geschwulst zeigte, dass kein Krebs, sondern Tuberkel vorlag. A. vermuthet, dass manche in der Litteratur als geheilt angeführte Fälle von Zungencarcinom Tuberkel gewesen seien. — Der Pat. starb nach seiner Entlassung ganz plötzlich an Embolie der Lungenarterie.

3. Ein 9 Monate altes, kräftiges Mädchen zeigte einen angebor-

nen totalen Defect der rechten Tibia. Der Fuss stand in geringer Varusstellung, an der Aussenseite des Knies liess sich das Köpfchen der Fibula wie eine Stange auf und abschieben. Condylen des Femur und die Patella normal entwickelt; ebenso die Muskulatur des ganzen Beines. Um Gehfähigkeit zu erzielen, legte A. durch einen Querschnitt das Kniegelenk frei, versuchte die Fibula zwischen die Condylen einzusetzen und da dies leicht gelang, frischte er die Fossa intercondyloidea durch Abtragung des Knorpels und der Knochenoberfläche an, schnitt das Köpfchen der Fibula entsprechend zu, so dass er es zwischen die Condylen implantiren konnte, durchbohrte die Condylen und die Fibula quer und zog durch die Knochen einen Silberdrath, dessen Enden zu beiden Seiten des Gelenkes herausgeleitet wurden. Vollständige Vernähung der Hautwunde, Listerverband. Heilung durch knöcherne Vereinigung in leichtem stumpfem Beugewinkel.

Das Kniegelenk war normal entwickelt, die Fossa intercondyloidea etwas flacher, die Patella von gewöhnlicher Grösse, das Lig. patellare verlor sich in der vorderen Kapselwand, die Lig. cruciata bildeten Verstärkungsbänder der hinteren Kapselfläche. Der Fall verhielt sich analog dem von Billroth beschriebenen, am Cadaver beobachteten Defect der Tibia (Arch. f. klin. Chirurgie Bd. 1).

4. Ein 30jähriger Mann hatte vor 9 Monaten eine complicirte Fractur des Unterschenkels erlitten, die ohne ärztliche Hülfe nach Abstossung zweier Sequester in einem nach hinten offenen Winkel von 120° ausgeheilt war; nebstdem rechtwinklige Ankylose des Fussgelenkes, krallenartige Beugungsankylose der Zehen. Keilförmige Excision aus der vorderen Fläche der Tibia, Infraction der Fibula. Geraderichtung des Unterschenkels. Fieberloser Verlauf. Wegen verzögerter Callusbildung nach fruchtloser Anwendung verschiedener Mittel, Electropunctur an der Fracturstelle mittelst eines starken constanten Stromes in 4 Sitzungen. Rasche Consolidation, Geraderichtung des Fusses; Verkürzung von 7 Ctm., durch eine Korkeinlage ausgeglichen. Die Zehen konnten wegen Einreissen der Haut nicht gestreckt werden.

5. Mann von 49 Jahren hat früher eine in's Kniegelenk dringende Fractur des Oberschenkels erlitten, von welcher ausgedehnte Fixation der Patella zurückgeblieben ist. Symptome von Gelenkmäusen. Eröffnung des Gelenkes, Entfernung dreier gestielter Körper, Sprengung der Patellaradhäsionen und Abmeisselung eines vom Femur in das Gelenk hineinragenden Knochenvorsprungs. Naht, Heilung. Die Patella war sehr bald wieder fixirt.

6. 26jähriges Mädchen mit kindskopfgrosser Struma; bedeutende Respirations- und Schlingbeschwerden, Trachea dislocirt, Bougirung des Oesophagus sehr schwierig. Lappenschnitt an der Vorderseite des Halses und Exstirpation der ganzen Geschwulst, zumeist durch stumpfe Präparation (2 Stunden), nebst den Fortsätzen hinter und zwischen der Trachea und dem Oesophagus. Blutung

trotz Einreissen des morschen, zum Theil erweichten Schilddrüsenparenchyms nicht sehr bedeutend. Heilung. Eine zurückgebliebene Parese des rechten Stimmbandes verlor sich nach Behandlung mittelst Electricität.

7. Resection des Chopart'schen Gelenkes wegen fungöser Caries bei einer 34jährigen Frau; trotz wiederholter Auslöffelung schritt der Process weiter, so dass die Amputation des Unterschenkels einige Monate später gemacht werden musste. Heilung.

8. Bei einem 62jährigen Manne sass ein ulcerirter, rasch wachsender Tumor am weichen Gaumen, der bereits beiderseits die Drüsen am Halse inficirt hatte. Vor der Abtragung desselben wurde von der zum Behufe der Drüsenexstirpation gesetzten Wunde zur Sicherung gegen Blutung ein Faden um die Carotis communis gelegt, welcher 9 Tage lang liegen blieb. Heilung. Die Geschwulst erwies sich als Spindelzellensarcom; seitdem (1 Jahr) kein Recidiv.

Winiwarter (Wien).

F. Petersen. Ueber acute Vergiftung mit Natr. salicyl. und subcutane Injectionen von acid. salicyl. bei Erysipel.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 2. u. 3.)

Verf. giebt einen interessanten Beitrag zur Lehre von der toxischen Wirkung des Natr. salicyl. Es handelte sich um eine 15jährige Patientin mit Resection des Fussgelenks (chronische fungöse Fussgelenkentzündung), welche am 14. Tage nach der Operation in Folge eines Missverständnisses von Morgens 6 Uhr bis Abends 6 Uhr 26 Grm. oder von Mittags 12 Uhr bis Abends 6 Uhr 22 Grm. Natr. salicyl. erhielt. Die von P. beobachteten Intoxicationserscheinungen sind theils die bekannten, wie sie von anderen Autoren bei Menschen oder bei Thier-Versuchen constatirt wurden, theils aber neu. Bei der Patientin von P. war der psychische Zustand im Symptomencomplex sehr hervortretend, d. h. psychisch vollständig freie Zeiten wechselten ab mit intermittirenden Wahnvorstellungen nicht heiterer (Stricker), sondern trauriger Natur. Dieser Zustand verlor sich erst allmälig im Verlauf von etwa 8 Tagen, indem die psychisch freien Zeiten immer länger dauerten. Die Temperatur hatte auf die psychischen Störungen keinen Einfluss. Pat. erinnert sich jetzt der ganzen Zeit nicht mehr. In den psychisch freien Augenblicken klagte die Kranke über sehr heftige Kopfschmerzen. Bezüglich des Gesichtssinns beobachtete P., dass Patientin in der Ferne nicht gut sehen konnte. Ptosis war nicht vorhanden, dagegen 3—4 Tage lang Strabismus divergens und hochgradige Mydriasis. Die Erscheinungen von Seiten des Gehörs bestanden in Ohrensausen und Schwerhörigkeit. Die von P. beobachtete und einer Innervationsstörung des n. hypoglossus zugeschriebene Dysphasie ist bis jetzt noch nicht beschrieben worden. Die Heiserkeit dauerte 4—5 Tage; da es nicht möglich war, eine laryngoskopische Untersuchung vorzunehmen, so lässt es P. dahin-

gestellt, ob dieselbe auf einer Laryngitis oder einer Stimmbandlähmung beruhte. Die bedeutend gesteigerte Athemfrequenz (bis 40 in 1 Minute) wich insofern ab von den Beobachtungen bei den Thierversuchen, als die einzelnen Züge nicht oberflächlich, sondern recht tief waren. Die Herzbewegung war sowohl bei 37,0, als bei 39,0 in gleicher Weise unregelmässig, d. h. die Frequenz betrug bald 120—130, bald nur 80—90. Auf die Temperatur hatte das salicylsaure Natron im vorliegenden Falle keinen prompten Einfluss. Von Interesse sind die sonst nicht beobachteten vasomotorischen Störungen: es zeigten sich wandernde, fleckenweise auftretende Gefässerweiterungen im Gesicht, auf dem Halse, der Brust und dem Unterschenkel, welche nach 3tägigem Bestand verschwanden; den rapid auftretenden Decubitus auf dem Kreuzbein schreibt P. ebenfalls vasomotorischen Störungen zu. Die Schweisssecretion war in den ersten Tagen colossal. Die gastrischen Störungen (Erbrechen, keine Magenschmerzen, keine Diarrhoe, dagegen sehr übler fauler Geruch der Faeces) waren gering. Der Urin zeigte in Bezug auf Reaction das bekannte Verhalten, der Eiweissgehalt betrug anfangs 2 p. M. und nahm dann allmälig ab. Oedeme an den Extremitäten waren nicht vorhanden. Behandlung: symptomatisch. Bromkalium. — Bei derselben Patientin entwickelten sich in den nächsten Wochen 2mal Wund-Erysipele, gegen welche sich subcutane Injectionen von Salicylsäure sehr brauchbar erwiesen. Bei den letzten Injectionen (wahrscheinlich in eine Vene) traten wieder trotz sehr kleiner Dosen (6 Grm. Lösung = 2 Ctgrm. Säure) eigenthümliche Intoxicationserscheinungen auf (rothes Gesicht, weite Pupillen, frequente Athmung, Puls von 150 etc.). —

In 2 Fällen von sehr schmerzhafter Coxitis wandte P. innerlich Salicylsäure mit Erfolg an; ebenso erwiesen sich subcutane Injectionen von 1 Grm. concentrirter Salicylsäure-Lösung in 3 anderen Fällen von Erysipel sehr günstig. **Tillmanns** (Leipzig).

P. Baumgarten. Zur Lehre vom rothen Thrombus.

(Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1877. No. 8.)

Durch zahlreiche Experimente an Kaninchen fand Verf., dass bei einfachem Stillstand der Circulation, z. B. bei doppelter Ligatur eines Gefässes unter antiseptischen Cautelen, keine Blutgerinnung eintritt, dass einfache Gefässentzündung dieselbe auch nicht herbeiführt, wohl aber eine künstliche Nekrotisirung der Gefässwand. Er glaubt annehmen zu dürfen, dass Gerinnung des Blutes in abgeschlossenen Gefässen des lebenden Thieres nur dann entsteht, »entweder 1) wenn wir die Brücke'sche Anschauung festhalten wollen, durch die Vernichtung des das Blut in seiner Integrität erhaltenden Einflusses der Wand, sei es in Folge totaler textueller Zerstörung derselben, sei es in Folge einer functionellen Lähmung, bedingt durch zu grosse formative Reizung oder durch Infection, oder 2) durch Auf-

nahme von solchen chemisch wirkenden Stoffen, welche geeignet sind, in dem Blut die zur Gerinnung führenden Vorgänge (Fermentbildung Alex. Schmidt's) auszulösen, welche Stoffe bei ihrem Durchgang durch die Wand die Textur derselben nicht direct zu vernichten oder specifisch zu alteriren brauchen«. **Bidder** (Mannheim).

M. Kassowitz. Ueber periostale Knorpelbildung und Apophysenwachsthum.

(Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1877. No. 5.)

Die Callusbildung, wobei nach Verf. der vom Periost gebildete Knorpel nach metaplastischem Typus verknöchert, hat ihr physiologisches Paradigma in der Entwickelung der Apophysen. An denjenigen derselben, welche an Diaphysen entstehen, z. B. der Tuberositas radii, bildet sich eine knorpelige Verdickung des Periosts, welche zum grössten Theile metaplastische Ossification zeigt. Nur ein kleiner Theil in der Mitte verknöchert neoplastisch mit Eröffnung der Knorpelhöhlen und Ablagerung von Knochensubstanz. Nach diesem Apophysen-Typus entwickeln sich auch die Spina scapulae, der Acromial- und Sternalfortsatz des Schlüsselbeins, der Gelenk- und Kronenfortsatz des Unterkiefers. Das beste Beispiel dieses Wachsthums bietet aber das Hirsch- und Rehgeweih. Der metaplastische Ossificationstypus ist also weit verbreiteter, als Strelzoff angenommen hat, und es verhält sich der Knorpel wohl wahrscheinlich nicht so passiv bei der Verknöcherung, wie man in neuerer Zeit anzunehmen geneigt ist. **A. Bidder** (Mannheim).

R. M. Hodges. Fissures occuring in long bones etc.

(Bost. med. and surg. Journal 1877. Vol. 96. p. 33.)

Die Fissuren können auftreten 1) ohne Fractur, 2) ausgehend von einer Fractur, 3) bestehen sie isolirt neben einer Fractur. Für die erste Form hat Verf. im Boston Museum keinen Beleg finden können, verweist deshalb auf die unter 3, wie er meint, unanfechtbaren Beobachtungen von Poncet, welche durch die Kritik nicht wie die Malgaigne'sche den ganzen Femur durchsetzende Fissur auf accidentelle Veränderungen der Temperatur zurückgeführt werden könnten. Die mit einer Fractur verbundene 2. Form wird von Autoren als einfache Complication der Fractur angesehen, ist aber nach Verf. ihrer Eigenthümlichkeit wegen selbständig zu behandeln. Als Beispiel dafür verweist er auf Bigelow's Abbildung (Riss im Schenkelhalse) in seinem Werke über die Hüfte und beschreibt und bildet eigene Beobachtungen ab. Dahin gehört speciell die bei der von Gosselin zuerst beschriebenen Vförmigen Fractur constant vorkommende, spiralig bis in's Fussgelenk ziehende Fissur. Diese Fractur entsteht meist an der Grenze des unteren Drittels der Tibia in bekannter VForm. Das V be-

trifft die Innenfläche der Tibia, reicht nicht über die Crista hinaus; in der Regel ist die Fibula mit gebrochen. Von der Spitze des V geht die Fissur nach abwärts, stets ist das Knochenmark gequetscht. Diese Fractur, wenn nicht complicirt, heilt langsam, lässt nach längerer Zeit noch Schmerzen in der Tibia und eine durch die in's Fussgelenk reichende Fissur erklärbare Gelenksteifigkeit zurück. Ist sie aber complicirt, dann kommt es häufig zu einem tödtlichen Ausgange durch Fettembolie oder Pyämie. Nach dem Zeugnisse Verneuil's verlor derselbe sämmtliche conservativ Behandelte, von 3 Amputirten genasen 2; Poncet verlor ebenfalls sämmtliche conservativ Behandelte; damit stimmen des Verfassers Erfahrungen überein. Als Illustration der 3. Form bespricht Verf. ebenfalls einige eigene Beobachtungen.

Pils (Stettin).

M. Verneuil. Kystes prélacrimaux à contenu huileux.

(Bulletins et mémoires de la société de chirurgie. Séance du 27. décembre 1876.)

V. beschreibt eine Art Cysten am innern Augenwinkel, die er wegen ihres Sitzes vor dem Thränensack prälacrimale zu nennen vorschlägt. Sie zeigen einen Inhalt, welcher dem Olivenöl ganz ähnlich ist. V. hat diese Art von Tumoren drei Mal beobachtet, bei einem jungen Manne von weniger als 20 Jahren, bei einer Frau von 19 und bei einem Individuum von 21 Jahren. Die Geschwülste waren etwa kirschengross, unempfindlich und liessen sich durch die Thränenwege nicht entleeren. Im letzten Falle war deutliche Transparenz der Cyste und eine kleine Depression an der innern Wand der Orbita vorhanden. Die Cysten hatten lange bestanden, im letzten Falle war sie seit früher Kindheit bemerkt, aber erst in den letzten Jahren gewachsen. Behandelt wurden die Cysten zwei Mal mit Punction und Aspiration, ein Mal mit partieller Abtragung der Wand. Nur dieser letztere Fall wurde weiter beobachtet, er heilte in 6 Wochen. Nichtsdestoweniger glaubt V., dass die einfache Punction zur Heilung genügen würde. Der ölige Inhalt gerann nach einiger Zeit. Die Untersuchung desselben ergab das Vorhandensein von Margarin- und Cholestearinkrystallen. Was den Ursprung der Cysten anlangt, so hält sie V. für congenital und in der dem Vortrage folgenden Discussion führt sie Magitot auf eine Einstülpung des epidermoidalen Blattes am Ende derjenigen embryonalen Spalte zurück, welche den Zwischenkiefer vom Oberkiefer trenne und die in der ersten Zeit des Fötallebens bis zur Augengegend reiche.

Kraske (Halle).

J. Hock. Zwei Fälle von Lipoma subconjunctivale.

(Prager med. Wochenschrift 1877. No. 10.)

H. giebt eine Uebersicht über die in der Litteratur bekannten Fälle von Lipoma subconjunctivale und berichtet dann über zwei von ihm selbst beobachtete und operirte Fettgeschwülste unter der

Bindehaut. In beiden Fällen bestand die Geschwulst seit den ersten Tagen der Geburt und hatte bei der einen 16 jährigen Patientin die Grösse einer Haselnuss, bei der andern $3^1/_2$ jährigen die einer kleinen Bohne erreicht; bei beiden war eine Continuität des Neugebildes mit dem normalen orbitalen Fettgewebe vorhanden. H. schälte die Geschwulst, die unter dem Mikroskop als Lipom constatirt wurde, aus und entfernte die Bindehaut in einem dem Verwachsungsgebiet mit dem retrobulbären Gewebe entsprechenden, ca. 5 Mm. breiten Längsstreifen, wonach er die Bindehautnaht anlegte. Die Heilung verlief günstig und trat kein Recidiv ein.

H. kommt zu dem Schlusse, dass sich die Lipomata subconjunctivalia von dem orbitalen Fettgewebe aus entwickeln, ihr Standort die Gegend der äusseren Commissur sei, und dass dieselben fast ausschliesslich beim weiblichen Geschlecht und zwar angeboren oder doch in der ersten Kindheit entstanden bis jetzt beobachtet wurden.

Urlichs (Würzburg).

Knižek. Beitrag zur Operation der Nasenpolypen.

(Prager med. Wochenschrift 1877. No. 10 u. 11.)

K. berichtet über 9 Fälle, in denen er zahlreiche — in 1 Falle 50 — Polypen aus der Nase mittelst des Zaufal'schen Verfahrens entfernte. K. schnürte dieselben mit dem von Zaufal modificirten Blake'schen Schlingenschnürer theils mit, theils ohne Hülfe des Nasenrachentrichters ab, und zwar jedesmal fast ohne Schmerz und Blutung. Der Erfolg war immer günstig. Der Stiel jedes abgeschnürten Polyps wurde mit dem Lapisstifte geätzt, die etwa vorhandene minimale Blutung durch Wattetampons sofort gestillt.

Urlichs (Würzburg).

E. Zaufal. Ueber die Verwendbarkeit des Nasenrachentrichters zu chirurgischen Eingriffen im Nasenrachenraum.

(Vortrag, gehalten im Prager medicinischen Doctorencollegium den 17. Nov. 1876.)
(Prager med. Wochenschrift 1877. No. 1, 2 u. 3.)

Z. benutzt zu Operationen im Nasenrachenraum seine Nasenrachentrichter, d. h. 9—11,5 Ctm. lange, 4—8 Mm. Lumen habende Metall- oder Hartgummiröhren, die er durch den untern oder mittleren Nasengang in das Cavum pharyngo-nasale vorschiebt und sich die Theile dieser Höhle durch Hohlspiegelbeleuchtung sichtbar und für therapeutische Eingriffe zugänglich macht.

Die Untersuchung hat für den Kranken gar nichts Unangenehmes und ermöglicht eine ganz bestimmte Diagnose pathologischer Zustände im Cavum pharyngo-nasale. Für chirurgische Eingriffe bietet dieselbe die Vortheile, dass man

1) die etwa hinter dem weichen Gaumen eingeführten Instrumente leichter controliren kann,

2) unter Leitung des Auges durch Herstellung einer freien Passage von der Nase aus chirurgisch eingreifen kann.

Z. cauterisirt mit Hülfe seines Trichters jeden Punct im Nasenrachenraum sowohl mit Lapis, als auch mit dem Voltolini'schen Galvanokauter. Um das Zerfliessen des Lapis zu verhindern, trocknet er die betreffenden Stellen vorerst mit Wattekügelchen ab, beim Gebrauch des Galvanokauter schützt der Trichtermantel vor unbeabsichtigter Verbrennung.

Zur Abschnürung von Retropharyngealtumoren benutzt Z. den Blake'schen Schlingenschnürer, den er in der Weise abänderte, dass sich die Schlinge erst im Nasenrachenraum entfaltet.

Z. demonstrirt nun 3 Fälle; in dem einen entfernte er unter Zuhülfenahme seines Trichters mit dem Schlingenschnürer reichliche adenoide Vegetationen aus der Rosenmüller'schen Grube fast ohne Schmerz und Blutung; der Pat., der an heftigen Athembeschwerden und starkem Mittelohrkatarrh litt, wurde nach 6 Wochen geheilt entlassen.

Bei dem zweiten Falle schnürte Z. in 5 Sitzungen 13 polypöse Wucherungen ab, die das rechte Tubenostium vollständig verlegten; Schmerz und Blutung waren ebenfalls gleich Null.

Bei dem dritten Pat. entfernte Z. 6 kirschengrosse Schleimpolypen, die den unteren Nasengang luftdicht verstopften, und einen die ganze Choane ausfüllenden Polypen. Da er diesen letzteren mit der Schlinge nicht umfassen und ebensowenig mit einer im Winkel gebogenen Scheere abtragen konnte, so schnitt er denselben mehrmals an, worauf sich der Schleimpolyp durch das Ausfliessen einer hellen, fadenziehenden Flüssigkeit so weit verkleinerte, dass er leicht mit der Schlinge abgeschnürt werden konnte.

In dem letzten Falle war eine sichere Diagnose mit alleiniger Hülfe der Rhinoskopie unmöglich. **Urlichs** (Würzburg).

C. Gallozzi. Aneurisma del Tronco brachio-cefalico trattato mercè l'uso della corrente elettrogalvanica esternamente applicata.

A. Martino. Degli effetti della corrente galvanica sulle pareti arteriose aneurismatiche.

(Il Morgagni 1876. Settembre.)

Bei einem grossen sackförmigen Aneurysma des Trunc. brach.-cephal., wo G. wegen der Dünnheit der Decke nicht die Punctur zu machen wagte, applicirte er den Strom aussen auf die Haut und erzielte in 5—6 Sitzungen von 11 Minuten Dauer, in 8tägigen Intervallen, eine bedeutende Verkleinerung des Sackes mit Verdickung der Wände und erheblicher Beschränkung der Pulsation, so dass Pat. für einige Monate wesentliche Besserung fühlte. G. knüpft daran ziemlich sanguinische Hoffnungen für Heilung von Aneurysmen durch

den galvanischen Strom, von dem er Coagulation des Blutes voraussetzt.

M. dagegen, der an diesen Fall anschliessend, einen gleichen aus seiner Praxis anführt, wo er durch Galvanopunctur successive Volumsverminderung und wesentliche Besserung erzielte, erklärt die beobachtete Abnahme von Volum und Pulsation als Folge der durch den galvanischen Strom erzeugten Contraction der Gefässmuskulatur. Dafür spreche eben die jeweilige Verkleinerung des Sackes, die nach einiger Zeit, wenn die Erschlaffung eintritt, wieder schwindet; vermöge des erhöhten Tonus aber komme es nicht zur völligen Erweiterung des Sackes auf das frühere Volum, und so könne man ganz wohl durch öftere Application des Stromes eine dauernde Verkleinerung erzielen, ohne dass man sich schmeicheln dürfe, nur durch dies Mittel allein eine radicale Heilung durch Coagulation des Inhaltes zu erreichen. Immerhin sei der Werth des galvanischen Stromes als eines unschädlichen und doch sehr wirksamen Palliativmittels nicht zu unterschätzen. **Escher** (Triest).

Sarazin. Calculs urinaires volumineux. — Extraction par le périnée.

(Bulletin de la Société de Chirurgie 1877. No. 4.)
(Séance de la Société du 29. Mars.)

S. giebt einen Bericht über 6 von ihm operirte Fälle von Lithiasis, worunter nur in 1 Falle Exit. letal. erfolgte, obwohl im Ganzen die Verhältnisse, sowohl rücksichtlich des Alters der Pat. (alle über 58 Jahr alt), als auch der Art des Steines (gross, hart), nicht günstig waren. Die Steine waren alle harnsauere, nur einer davon hatte aussen Phosphathüllen. S. theilt die Krankengeschichten im Detail mit (s. Orig.-Aufsatz). In allen Fällen, bis auf einen, hat er den Steinschnitt nach Nélaton's Methode gemacht. In diesem einen Falle unternahm er auf Wunsch des Pat. die Lithotripsie statt des Schnittes und es erfolgte exit. letal., was, nach S.'s Meinung, bei Anwendung des Steinschnittes nicht geschehen wäre. Als einzigen störenden Zwischenfall in einigen der mit dem Schnitt behandelten Fälle hat S. eine kleine Perinäalfistel zu verzeichnen, die durch Cauterisation mit Argent. nitric. alsbald geheilt wurde.

Hieran knüpft S. eine Besprechung der Vorzüge des Steinschnittes vor der Lithotripsie (wenigstens in den von ihm behandelten Fällen), und lobt weiter die alte Celsus'sche Steinschnittmethode (von Nélaton modificirt). **Fr. Steiner** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Terrillon. Albuminurie traumatique.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. Nr. 3.)

Ein 29jähriger kräftiger Mann, Potator, zog sich eine Comminutivfractur beider Vorderarmknochen zu. Durch eine hinzugekommene Phlegmone, die chronisch wurde,

trat Nekrose der Knochen ein. Patient kam dabei sehr herunter, zeigte Oedem an den Knöcheln und sehr hohen Eiweissgehalt des Urins. Die Amputation des Vorderarms wurde nöthig und sofort verschwand das Oedem, während der Eiweissgehalt sich bedeutend verminderte. Ohne nachweisbare Ursache verschlimmerte sich 11 Tage nach der Operation das Allgemeinbefinden wieder, der Eiweissgehalt wurde wieder sehr hoch und es traten urämische Anfälle auf. Diese Zustände verschwanden jedoch nach wenigen Tagen und der Kranke war 2 Monate nach der Operation geheilt.

In einer Bemerkung, die Verneuil dem Falle beifügt, hebt er hervor, dass verschiedene chirurgische Affectionen, wie Phlegmone, Erysipel, Lymphangoitis, Anthrax, Ostitis etc, Albuminurie hervorrufen können, ohne dass die Nieren vorher erkrankt waren. **Kölliker** (Würzburg).

N. d'Ancona. Caso di gozzo esoftalmico.

(Gazz. med. ital. Ven. 1876. Nr. 51.)

In einem Fall von morbus Basedowii wurde durch hundertmalige Galvanisation des ersten Ganglions des Sympathicus ziemliche Besserung erzielt. Das allgemeine Befinden wurde gut, der Kropf nahm an Volumen ab, das Körpergewicht nahm bedeutend zu, nur der Exophthalmus blieb ziemlich unverändert. Innerlich brauchte Patientin täglich 6 Tropfen Fowler'sche Tinctur. **Menzel** (Triest).

Maunder. On a case of malignant stricture of the oesophagus.

(Med. tim. and gaz. 1876. Nov. 11. pag. 536.)

Klinischer Vortrag über eine unglücklich verlaufene Gastrotomie bei Carcinom des Oesophagus.

Der 57jährige Patient hatte zuerst im Mai 1875 vorübergehende Schlingbeschwerden verspürt. Seit dem Herbst 1875 wurden die Beschwerden heftiger, und nöthigten ihn seit dem Februar 1876, sich auf flüssige Nahrung zu beschränken. Bis Ende September wurde die Strictur durch Bougiren offen erhalten, zu gleicher Zeit Pat. zum Theil durch Klystiere ernährt; endlich wurde beides unmöglich. Auf dringenden Wunsch des Pat. wurde am 11. Oct. 1876 zur Operation geschritten. Die Magengegend zeigte bei der Percussion vollen, tympanitischen Schall. In der Narkose wurde ein Längsschnitt, 2—3 Zoll lang, aussen von der Rectusscheide, von der 9. Rippe abwärts gemacht, die Bauchdecken und das Peritonäum in gleicher Ausdehnung schichtweise gespalten. Dünndärme erschienen in der Wunde, und konnte der Magen nicht erreicht werden. Es wurde ein Darm, wie sich bei der Section zeigte, das Colon transversum, geöffnet und die Operation dann auf gewöhnliche Weise beendigt. 30 Stunden nach der Operation starb Patient. Das stark ausgedehnte Colon bedeckte den leeren, contrahirten Magen vollständig; es bestand der erste Anfang einer Peritonitis. Das Carcinom nahm die Mitte des Oesophagus ein; in der rechten Lunge befand sich ein secundärer Krebsknoten.

Ranke (Halle).

P. Scottini. Resoconto di 7 casi di Thoracentesi.

(Annali Univ. di Medicina e Chirurgie Milano 1876. Dicembre.)

Von 7 Operirten starben 2, während die andern geheilt sind. Der längste Heilungstermin war 1 J. 3 M. Der Einstich wurde zwischen 6. und 7. Rippe rückwärts, ungefähr 2 Finger unter der Spitze des Schulterblattes, etwas nach aussen davon, vorgenommen.

Der Troikart wird liegen gelassen und mit einem Drainrohr in Verbindung gesetzt. **Menzel** (Triest).

M. Polaillon. Luxation de l'appendice xiphoïde pendant la grossesse.

(Bulletin et mémoire de la société de chirurgie. Séance du 3 janvier 1877.)

Ein 35jähriges Ladenmädchen, die noch nicht geboren hatte, wurde schwanger. Sie trug, um die Gravidität zu verheimlichen, ein sehr enges Corset. Im 7. Monat der bis dahin normal verlaufenen Schwangerschaft, fühlte sie ohne Veranlassung

plötzlich einen heftigen Schmerz in der Magengrube; zu gleicher Zeit bemerkte sie dort einen kleinen beweglichen Vorsprung, der vorher nicht bestanden hatte. Der Schmerz dauerte bis zum Ende der Schwangerschaft an und exacerbirte bei Berührung des Vorsprungs und nach den Mahlzeiten. Die Geburtswehen steigerten ihn zu einer ausserordentlichen Höhe. Die Untersuchung am Tage nach der Entbindung ergab an der Spitze des Sternums eine quere Hautfalte, unter der ein harter Körper zu fühlen war. Ueber demselben fühlte man die vordere Fläche des Sternums, unterhalb desselben liess sich die Bauchwand tief eindrücken. Der kleine Körper liess sich in verticaler Richtung bewegen, man konnte ihn sogar auf die vordere Fläche des Sternums legen, während ein Zurückbewegen nach hinten unmöglich war. Es wurde eine Luxation des proc. xiphoideus nach hinten angenommen und die Reposition versucht, die aber nicht gelang. Der proc. xiph. blieb in seiner fehlerhaften Stellung, wurde bald mehr fixirt und die Schmerzhaftigkeit liess nach. Bezüglich der Aetiologie dieser Luxation hält er P. für wahrscheinlich, dass bei einer Beugung des Körpers das Fischbein des Corsets die Basis des proc. xiphoideus nach hinten gedrückt habe, während die Spitze durch den schwangeren Uterus nach vorn und oben gebracht sei. **Kraske** (Halle).

A. Swetelsky. Penetrirende Bauchwunde. Darmvorfall. Darmwunde. Heilung nach 20 Tagen.

(Wiener allg. med. Zeitung 1877. Nr. 13.)

Ein 16jähriger Zigeuner, durch 2 Messerstiche verletzt, war unter starkem Blutverlust noch einige hundert Schritte gegangen. Es fand sich ein kindskopfgrosses Convolut von Därmen (Ileum u. Colon) und Netz vorgefallen, ausserdem eine rundliche, silbergroschengrosse Perforation im Colon, alles durch Erde verunreinigt. Aus der Bauchhöhle ergoss sich bei Druck viel flüssiges Blut. Die Darmwunde wurde durch eine circuläre Ligatur unterbunden, das Netz abgetragen, die Därme reponirt und die Wunde genäht. Dieselbe mass 3 Ctm.; ausserdem bestand eine zweite, kürzere, auf den Knorpel des Rippenknorpels führende, nicht penetrirende Verletzung. Ausser etwas Meteorismus in den ersten Tagen, keine Reaction. Am 20. Tage vollkommen geheilt entlassen. **Winiwarter** (Wien).

Zwei Fälle von purulenter Peritonitis durch operative Behandlung geheilt.

(Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1876. 3. R., 6 Bd. 7 Hft.)

Im Deutschen Archiv f. klin. Med. 17. Bd. 1. Hft. 1875 hat Kaiser über operative Behandlung der peritonealen Empyeme berichtet; er hat 22 Fälle gesammelt, von welchen der eine durch Prof. Winge in Christiania operirt ist. Im letzten Jahre sind zwei neue ähnliche Fälle in der obengenannten norwegischen Monatsschrift veröffentlicht, wovon hauptsächlich der letzte besonderes Interesse darbietet.

Der erste Fall ist von Selmer mitgetheilt und betrifft einen kräftigen vierzigjährigen Mann, aus tuberkulöser Familie und dem Trunke ergeben. Vor 7 Jahren eine bedeutende abdominelle Erkrankung unbekannter Natur, seitdem von Zeit zu Zeit Schmerzen in der Coecalregion. Wahrscheinlich in Folge schwerer Arbeiten bekam er eine subacute circumscripte Peritonitis in der rechten Seite des Unterleibes und nach 2½ Monaten war die ganze rechte Seite zwischen Costalbogen und Becken prominent, fluctuirend und gab einen leeren Percussionsschall. Leichtes Oedem der Bedeckungen; Hektik. Bei einer mittelst Pravaz'scher Spritze vorgenommenen Probepunction wurde Eiter aspirirt, darauf Punction mit dickem Troikar, Entleerung einer bedeutenden Menge Eiters, Einlegen eines elastischen Katheters und zweimal täglich Reinigung der Höhle mit Carbolwasser. Da die Entleerung aber noch nicht genügte, so wurde nach 11 Tagen zwischen Costalbogen und Crista ilei eine 3 Zoll lange transverselle Incision gemacht; durch diese Oeffnung gelang nun eine vollständige Entleerung und antiseptische Ausspritzung; der Pat. trat schnell in die Reconvalescenz und erholte sich nach und nach; im Laufe eines halben Jahres war die Fistel geheilt.

Der zweite Fall wurde von J. Holmboe und E. Bull beobachtet und betraf ein 15jähriges Mädchen, welches plötzlich ohne bekannte Ursache eine acute Peritonitis bekam; es liess sich nach einigen Tagen ein flüssiges Exsudat in der Unterleibshöhle nachweisen, welches sich in der 3. Woche wieder etwas verminderte; nach 6 Wochen war eine gänseeigrosse, begrenzte, fluctuirende Geschwulst in der linken Seite des Unterleibes vorhanden, welche sich unter fortwährendem, mässigem Fieber successiv vergrösserte; nach $2^1/_2$ Monaten heftiger Husten mit copiösem, purulentem Expectorate, gedämpftem Percussionsschall unter der Spina] scapulae sinistrae und reichliche Rasselgeräusche; etwas später wurden per anum einige Löffel voll Eiter ausgeleert. . Starke Hektik. Die Geschwulst hatte nun die Grösse eines Kindskopfes erreicht, die obere Grenze reichte über den Nabel hinaus, durch stärkeres Drücken der Geschwulst wurde heftiger Husten erregt, reichliche Mengen von Eiter wurden ausgespieen, wodurch die Prominenz und die Spannung der Geschwulst abnahmen. Die Probepunction bewies zum Ueberfluss den eitrigen Inhalt der Geschwulst. Diagnose; abgesacktes eitriges Exsudat in der Peritonealhöhle mit Perforation durch das Zwerchfell in den linken Bronchus und in den Mastdarm. 4 Monate nach dem Anfange der Krankheit wurde ein 2 Zoll langer Schnitt in der Linea alba zwischen Nabel und Schamfuge angelegt; 2 Liter Eiter wurde entleert; die Höhle wurde drainirt und regelmässig mit Carbolwasser gereinigt; nach 3 Monaten Heilung. **Bull** (Christiania).

Viertel. Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 10.)

Mittheilung von 2 Herniotomieen, welche von besonderem Interesse sind; in dem einen Falle handelte es sich um eine Herniotomie mit Resection eines brandigen Darmstückes und Darmnaht, in dem anderen um die Operation einer Nabelhernie. Beide Fälle, offen behandelt, verliefen gut. Bei der einen Patientin hat sich einmal 38,2 Abendtemperatur gezeigt, die andere ist nie über 37,5 hinausgekommen.

I. Fall. 56jährige Frau mit langjährigem Schenkelbruch. Bei der Aufnahme in die Klinik seit 6 Tagen Einklemmungserscheinungen mit erfolglosen Taxisversuchen. Temperatur 36,0. Collapserscheinungen, Bauch aufgetrieben, mässig schmerzhaft. Kothbrechen. Taxis nicht versucht, sofort Herniotomie. Hände, Operationsterrain, Instrumente gut mit 5% resp. 2% Carbolwasser desinficirt. Zum Abtupfen wurden in 2% Carbolwasser getauchte Wattetampons angewendet. Pat. in warme Tücher mit Wärmflasche eingewickelt. Operation: Bruchsackhals mit Bruchpforte verwachsen. Eröffnung des Bruchsackes. Dilatation der Bruchpforte. Vorziehen der brandigen Dünndarmschlinge und Fixation des ab- und zuführenden Schenkels derselben mit Silberdraht an die Hautränder. Resection eines 3 Ctm. langen Ringstücks des Darmrohres, sowie eines Theils des Mesenteriums mit einem Radius von circa 2 Ctm.; Darmnaht nach Lembert. Mesenterium mit 2 Knopfnähten (Seide) vereinigt; Reposition. Durch in 5% Carbolöl getauchtes Drainrohr aus der Bauchhöhle 250—300 Grm. einer gelbröthlichen geruchlosen Flüssigkeit entleert. 1 Silbernaht am oberen Wundwinkel, sonst blieb die Wunde offen und ohne jede Bedeckung. Nur einmal Abends als höchste Temperatur 38,2° C. Am 27. Tage wurde Pat. mit geheilter Wunde entlassen. —

II. Fall. 70jährige Frau. Vor 4 Jahren bereits »an einem Nabelbruch operirt worden«. Unvollkommene Bandage. Seit 4 Tagen Einklemmungserscheinungen. Taxis im warmen Vollbade und in der Narkose erfolglos. Herniotomie: 16 Ctm. lange Incision an der Stelle der alten Narbe. Bruchsack mit dem Nabelringe verwachsen. Eröffnung des Bruchsackes. Multiple Einkerbung des Bruchsackhalses, Reposition des gut aussehenden Darmes und des nicht verwachsenen Netzes. Schliessung der Bruchsackhalsöffnung mit 2 dicken Silberdrähten, kurz abgeschnitten. Offene Wundbehandlung. Trockene Heilung ohne Eiterung unter dem Schorfe. Temperatur nie über 37,7° C. Abfall des Schorfs nach 14 Tagen, Wunde vernarbt. Die beiden Silberdrähte sind eingeheilt.

Tillmanns (Leipzig).

Hofmokl. Ueber Fistula stercoralis.

(Wiener med. Presse 1876. No. 51 u. 52.)

Nach einigen, die Varietäten der Kothfisteln recapitulirenden Bemerkungen bespricht H. folgenden Fall: Ein Knabe von 6 Jahren, stets schwächlich, lange Zeit an Diarrhöen leidend, ist seit dem Ende seines zweiten Lebensjahres mit einer Kothfistel am Nabel behaftet, welche periodenweise zuheilte, dann aber wieder durch lange Zeit flüssigen Koth entleerte. Die Untersuchung ergiebt 4 Ctm. nach aufwärts und links vom Nabel eine Oeffnung; unterhalb derselben vollständig leerer, über ihr tympanitischer Percussionsschall; im Abdomen harte Stränge zu palpiren. Bei Verschluss der Fistel trat sehr bald Kothstauung auf, verbunden mit Koliken und Erbrechen; war die Oeffnung frei, so entleerte sich fast gar kein Koth durch das Rectum. Nach Erweiterung der äusseren Oeffnung gelangte man in einen praeperitoneal gelegenen, von Jauche und Koth erfüllten Hohlraum, in welchen 3 Darmlumina mündeten, ein vierter war nicht zu entdecken; das zuführende Rohr wurde als solches constatirt, das oder die abführenden blieben zweifelhaft. Unter plötzlich auftretenden Darmblutungen starb der herabgekommene Pat. nach 5monatlichem Spitalsaufenthalte. Die Section klärte den Fall auf. In die hinter der vorderen Bauchwand gelegene, durch Pseudomembranen gebildete Höhle führten 6 Oeffnungen aus dem Darme; zwei 12—15 Ctm. lange Dünndarmschlingen, deren eine Oeffnung daumenweit, die andere eng contrahirt ist; ausserdem mündet in die Höhle mit weitem Lumen das zuführende Rohr des Dünndarms und ein kurzer (kaum 2 Ctm.) federkieldicker Gang, ferner das unterste in das Colon ascend. führende Endstück des Dünndarms. Dieses letztere ist durch Narben und Pseudomembranen mit dem Coecum und dem Proc. vermiformis in ein untrennbares Convolut verschmolzen. Das Colon transvers. und descendens stark verengt, die Schleimhaut in der Ausdehnung von 3—4 Ctm. narbig-höckerig, pigmentirt; im Coecum ausgebreitete Darmgeschwüre, welche die Quelle der Blutung abgegeben hatten. Die Verklebung der Därme war auf die nächste Umgebung der Abscesshöhle beschränkt.

Winiwarter (Wien).

Le Fort. Corps étranger extrait de la vessie par la taille prérectale.

(Bulletin de la Société de Chir. 1877. Séance du 1. Mars.)

Le F. präsentirt einen elfenbeinernen, mit dicken Kalkphosphatschichten belegten Federhalter, den er durch den Schnitt aus der Blase entfernt hatte.

Fr. Steiner (Wien).

F. Bush. Two cases of stricture of the urethra.

(Bost. med. and surg. Journal 1876. Vol. II. p. 637.)

Den Inhalt eines vor der Soc. of med. observat. gehaltenen Vortrages bilden 2 ausführlich mitgetheilte Fälle von Harnröhrenverengerung, deren Verlauf die bekannte Erfahrung illustriren und bestätigen, dass ohne geeignete, einige Zeit fortgesetzte Nachbehandlung keine Heilung zu erzielen sei. So war in dem ersten Falle, der eine Strictur nach Gonorrhoe aufwies, die Urethrotomie mit momentanem Erfolge gemacht; 18 Monate später wurde ohne jede Nachbehandlung mit Holt's Dilatator die Strictur gesprengt; 2 Jahre später musste der Perinealschnitt ausgeführt werden, Bougies wurden nur kurze Zeit eingeführt. Neue Anfälle von Cystitis und Harnverhaltungen machten von Neuem die Dilatation nothwendig. Erst jetzt bei sorgfältiger Nachbehandlung trat dauernde Heilung ein. — Im 2. Falle handelte es sich um eine traumatische Strictur, gegen welche, da ein Katheter nicht einzuführen war, der Perinealschnitt in Anwendung gebracht wurde. Ohne weitere Nachbehandlung bildete sich erneute Harnretention aus. Mehrmalige Aspiration. B. sprengte hierauf die Strictur durch Voillemier's Dilatatorium und erzielte durch regelmässiges Bougiren volle Heilung. **Pils** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. Dr. M. Schede, in Berlin. Dr. H. Tillmanns in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 19. **Sonnabend, den 12. Mai.** **1877.**

Ueber das Verhalten des Knochenmarkes gegen verschiedene entzündliche Reize.

Vorläufige Mittheilung

von

Prof. Dr. J. Rosenbach,

Assistent für die chirurgische Poliklinik in Göttingen.

Um eine sicherere Einsicht in die Aetiologie der Osteomyelitis, der spontanen sowohl als auch der accidentellen, und ferner auch in den Modus der Nekrosenbildung bei Osteomyelitis zu bekommen, schien es zunächst nöthig über die Verletzbarkeit des Knochenmarkes eine Orientirung zu gewinnen.

Ich habe auf Anregung des Herrn Prof. König eine hierauf bezügliche Versuchsreihe unternommen, welche folgende Resultate ergab.

Abgesehen von Versuchen, in denen das Mark rein mechanisch

beeinträchtigt wurde, wodurch bekanntlich weder eitrige Osteomyelitis noch Nekrose bedingt wird, letzteres selbst nicht bei völliger Entfernung des Markes (Maas), habe ich

1) das Knochenmark gereizt und theilweise zerstört durch den galvanokaustischen Brenner. Diese Verbrennungen des Markes wurden unter allen antiseptischen Cautelen vermittelst eines durch eine möglichst kleine Oeffnung in das Mark der Tibia eingeführten Brenners bewerkstelligt. Sie ergaben bei einem Schaflamm, 2 Hunden und 9 Kaninchen übereinstimmend eine Ostitis ohne Eiterung, welche mit starken periostalen Knochenauflagerungen heilte. Bei Hunden wurde ausserdem auch der Markraum von der Corticalis aus durch Knochenneubildungen beengt. Bei einem Hunde, bei welchem die Erhitzung bis zur Zerstörung der Innenfläche des Periostes getrieben wurde, trat Ablösung dieses und Tod nach einigen Tagen ein. Ein zu junges und zu intensiv gebranntes Schaflamm starb ebenfalls am 3. Tage.

2) Es wurde 2 Kaninchen eine concentrirte Lösung von Kali causticum in das Knochenmark gespritzt. Auch hier erfolgte geringe periostale Knochenneubildung, aber weder Nekrose noch purulente Entzündung.

3) 5 Kaninchen wurde Natriumamalgam (so weit mit Quecksilber verdünnt, dass es ganz flüssig war) in das Mark der Tibia gespritzt. 2 Thiere starben während und unmittelbar nach der Injection, wahrscheinlich an Wasserstoffeintritt in die Blutgefässe. Die 3 anderen zeigten locale Markzerstörung mit einer sehr mässigen Lage von Rundzellen um die zerstörten Partien des Markes.

4) Eine bei 3 Kaninchen vorgenommene Injection von Quecksilber in das Mark der Tibia erwies sich fast ohne Folgen.

5) Eine Injection rauchender Salpetersäure in das Knochenmark, welche bei 4 Kaninchen und 1 Hunde gemacht wurde, hatte bei 2 Kaninchen und dem Hunde nur örtliche Zerstörung des Markes und örtliche Ansammlung von Eiterkörperchen und periostale Auflagerungen mässigen Grades zur Folge. 2 Kaninchen starben an dem Eindringen der Säure in das Blutgefässsystem, während und gleich nach der zu reichlich ausgefallenen Injection.

6) Eine Injection von etwa 2 Tropfen Crotonöl in das Mark einer Kaninchentibia hatte baldige, totale Ablösung des Periostes und totale Schaftnekrose zur Folge.

7) Eine Injection von einer sehr geringen Menge pyämischen Eiters in das Mark einer Kaninchentibia hatte bald den Tod des Thieres durch eitrig-septische Osteomyelitis mit totaler Periostablösung und Abtrennung der obern Epiphyse der Tibia zur Folge. Ebenso trat nach Injection von dem bei menschlicher spontaner Osteomyelitis zwischen Knochen und Periost angesammelten Eiter bei 2 (von 3 injicirten) Kaninchen eitrige Osteomyelitis mit Periostablösung ein.

Nach Injection von einer kleinen Quantität ranziger Butter in das Mark der Tibia eines Hundes trat ebenfalls eitrige Osteomyelitis ein mit totaler Schaftnekrose und Ablösung der untern Epiphyse.

Alle diese Versuche wurden an noch nicht ausgewachsenen Thieren und unter allen antiseptischen Cautelen und antiseptischer Nachbehandlung gemacht.

Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen. Doch glaube ich dass sie schon dazu dienen können, den Satz zu stützen, dass das Knochenmark weder auf physikalische noch solche chemische Eingriffe, welche rasch eine fundamentale Zerlegung der lebenden Substanz bewirken, mit phlegmonöser oder purulenter Entzündung und Absterben der Corticalis reagirt, so lange nur diese und das Periost nicht zu sehr mit beeinträchtigt sind. Dagegen werden solche Phlegmonen mit Absterben der Corticalis, eventuell auch Epiphysenlösung leicht durch putride und septische Stoffe hervorgerufen und vielleicht auch, wie es nach dem Versuche mit Crotonöl scheint, auch durch solche chemische Stoffe, welche ihre entzündungsreizende Wirkung einer feinern physiologisch-chemischen Alteration der Gewebe verdanken. —

L. Bucholtz. Ein Beitrag zur Kenntniss der Ernährungsverhältnisse von Bacterien.

(Arch. f. exp. Pathol. und Pharmak. Bd. VII. — S.=A. 20 S.)

B. suchte dem Chemismus der Bacterien dadurch beizukommen, dass er in einer möglichst einfach zusammengesetzten Nährflüssigkeit die vor und nach eingetretener Bacterienvegetation darin enthaltenen chemischen Stoffe qualitativ und quantitativ mit einander verglich. Er fand dabei zunächst, in Uebereinstimmung mit Ferd. Cohn, dass die Bacterien des Eiweisses zu ihrer Ernährung gar nicht bedürfen, sondern sich völlig normal in jeder Flüssigkeit entwickeln, welche den Stickstoff in Form von Ammoniak oder Salpetersäure, den Kohlenstoff in Form von Zucker, Wein- oder Citronensäure und ausserdem die nothwendigen Aschenbestandtheile (phosphorsaurer Kalk, schwefelsaure Magnesia und phosphorsaures Kali) in geringer Menge, durschnittlich von 0,5%, enthält. Hierin stimmen also die Bacterien (und verwandte Wesen — Hefen, Schimmel) mit den grünen Pflanzen überein, nur dass ihnen die Fähigkeit dieser letzteren, auch die Kohlensäure zu assimiliren, abgeht und an die Stelle davon das Sauerstoffbedürfniss tritt. — Harnstoff (bei Abwesenheit eines weinsauren Salzes) und Glycerin sind kein günstiger Nährboden für Bacterien.

B. benutzte also einfache Lösungen nach dem Typus der bekannten Pasteur'schen und Cohn'schen Nährflüssigkeit, inficirte sie mit einigen Tropfen faulenden Tabaksinfuses und setzte sie im Brütofen zur Cultur an. Nach einem Zeitraum von 9 Tagen bis zu 5 Monaten wurden die Flüssigkeiten einer chemischen Analyse unterworfen.

Es waren dabei von den Bacterien verbraucht

1) Zucker nach 9 Tagen 15,08 Grm.=39,5%, nach 14 Tagen 47,8%, nach $5^1/_2$ Monaten einmal 53,6%, ein anderes Mal 93%;

2) Ammoniak nach 9 Tagen (aus phosphorsaurem Ammoniak) 34,1%, nach 14 Tagen (aus weinsaurem Ammoniak) 26,6%;

3) Phosphorsäure (aus phosphorsaurem Ammoniak) nach 9 Tagen 17,7%, nach $5^1/_2$ Monaten 75,4%;

4) Weinsäure (aus weinsaurem Ammoniak) nach 14 Tagen 51,4%, nach $5^1/_2$ Monaten 100,0%, d. h. der ganze Vorrath.

Die Weinsäure wurde in diesen Versuchen als Kohlenstoffquelle, an Stelle des Zuckers, benutzt. Bemerkenswerth ist noch, dass der Zucker nur in den ersten Tagen der Züchtung lebhaft zersetzt wird, wie auch schon die CO_2-Entwickelung zeigt, ferner dass Phosphorsäure ein unentbehrliches Nahrungsmittel für Bacterien ist und relativ ausgiebig verbraucht wird.

An neugebildeten Stoffen fanden sich — ausser CO_2- Bernsteinsäure, Ameisensäure, Essigsäure, Buttersäure und Glycerin. Ob Bernsteinsäure und Glycerin (welche bekanntlich auch bei der Alkoholgährung auftreten) aus dem Zucker oder aus der Weinsäure entstehen, liess sich nicht entscheiden. Dagegen war nachweisbar, dass Ameisen-, Essig- und Buttersäure sowohl aus Zucker, wie aus Wein- und Citronensäure gebildet werden können.

In allen Versuchen von längerer Dauer war der (Candis)-Zucker invertirt*) worden. B. betrachtet dies als eine Leistung der Bacterien. (Ref. macht dagegen geltend, dass in allen Versuchen Bernsteinsäure sich fand, welche nach Pasteur die Inversion des Rohrzuckers zu bewirken im Stande ist, und dass in den Culturversuchen von kürzerer Dauer, in welchen Bernsteinsäure noch nicht oder nur in Spuren vorhanden war, auch der Zucker nicht invertirt worden war. — (Die zum Theil denselben Gegenstand behandelnden, in ihrer Versuchsanordnung aber erheblich weiter gehenden Experimente von Lex — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1872, p. 291 — sind dem Verf. wohl noch nicht bekannt gewesen, haben wenigstens in der Arbeit keine Erwähnung gefunden.) **A. Hiller** (Berlin).

Morochowetz. Zur Histochemie des Bindegewebes.

(Verhandlungen des naturhistor. med. Vereins zu Heidelberg 1876. Bd. 1. Hft. 5.)

M. kam bezüglich des Hyalinknorpels zu dem wichtigen Ergebniss, dass die hyaline Knorpelgrundsubstanz chemisch als ein Gemisch von collagenem und mucingebendem Gewebe anzusehen sei. Das Chondrin ist nach M. aus der Reihe der Bestand-

*) Als Inversion des Zuckers bezeichnet man die Umwandlung des die Polarisationsebene nach rechts drehenden Rohrzuckers in linksdrehende Glycose. Diese Umwandlung findet statt bei der Alkoholgährung; sie erfolgt auch durch Einwirkung verdünnter Säuren und durch ein von Bertholet und Hoppe-Seyler aus der Hefe extrahirtes Ferment. Ref.

theile des Thierkörpers zu streichen, da dasselbe rein dargestellt mit dem Mucin vollkommen identisch ist. Auch aus der Cornea erhielt M. reines Glutin, welches sich weder in den Reactionen, noch in der optischen Wirkung, noch in der procentischen Zusammensetzung vom gewöhnlichen gut gereinigten Knochen- oder Bindegewebsleim unterscheidet. **Tillmanns** (Leipzig).

A. Schkott. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Brustdrüsenkrebses.

(Rudnew's Journal für norm. und path. Histologie 1876. Juli-August. russisch.)

Die Entwicklung des an der Mamma häufig vorkommenden Markschwamms ist nach Sch. folgende: Vergrösserung der mit 2—4 Kernen versehenen Drüsenepithelien, Proliferation derselben; die Membrana propria des Drüsenbläschens stark verdickt; progressive Ausfüllung des Drüsenbläschens durch die wuchernden Epithelien, dadurch starke Ausdehnung und Vergrösserung der Bläschen, wobei die verdickte Membr. propr. ein deutlich faseriges Gefüge annimmt. Beim ferneren Wachsthum biegen sich die concentrisch angeordneten Fasern der Membr. propr. nach innen: die zwischen ihnen entstehenden Spalten werden von den wuchernden Epithelzellen ausgefüllt. Im weiteren Fortschreiten dringt die Neubildung durch die Membrana propria in's umgebende Bindegewebe und von da in's benachbarte Drüsenbläschen. In Betreff der Prognose bei operativer Therapie legt Verf. Gewicht auf die periphere oder centrale Entstehung des Krebses: der peripher entstandene, mit zarterem Stroma und sehr feinem, etwas unregelmässigem Netzwerk, lässt wenig von der Operation hoffen; bei Ergriffensein der centralen Partie der Mamma dagegen hat die Operation günstigen Erfolg. — **W. Grube** (Charkow).

Verneuil. Observations de blessures sur des sujets atteints d'affection cordiaque. —

(Bulletin de l'acad. de médecine 1877. No. 8.)

In 2 Fällen von alten Herzleiden — Mitralisinsufficienz und Stenose des Ostium aortae — waren zu leichten Hand- und Fingerverletzungen diffuse phlegmonöse Entzündung, Lymphangoitis und namentlich beide Male Hämorrhagien hinzugetreten. Später zeigten sich auch Störungen in inneren Organen: Stauungen im kleinen Kreislauf mit Athembeschwerden, Hydrothorax, Albuminurie und Oedeme. In beiden Fällen erforderte die Heilung der Verletzungen lange Zeit; das Allgemeinbefinden blieb dauernd gestört.

V. schliesst daraus, dass Herzfehler im Stande sind, die Heilung von Verletzungen durch gewisse üble Zufälle und Complicationen zu verzögern, ebenso wie solche Verletzungen den frühen Eintritt von Compensationsstörungen bei Herzleiden begünstigen.

A. Hiller (Berlin).

Panthel. Studien und Beobachtungen über eingeklemmte Brüche, deren Zurückführung, Verhütung und Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 7.)

Verf. empfiehlt ein Repositionsverfahren, welches ihm seit 2 Jahren in 7 Fällen von eingeklemmten Brüchen (3 Leisten- und 4 Schenkelhernien) zum Theil von 2- bis 3tägiger Dauer der Incarceration, mit Leichtigkeit gelungen ist. Das Verfahren ist folgendes: die Blase wird entleert, das Becken hochgestellt, die Bauchhaut möglichst erschlafft, die beweglichen Eingeweide durch tiefen Druck zweier Hände nach oben geschoben. Dann setzt man die drei Mittelfinger einer Hand etwa 2 Querfinger breit oberhalb der Stelle, wo das Bauchfell als Bruchsack in die Bruchpforte eintritt, also bei den häufigsten Fällen oberhalb Bauch- oder Schenkelring, auf die Bauchhaut und schiebt diese bis zur Eintrittsstelle des Bruchsacks herunter. Hier angekommen üben die Finger einen tiefen Druck nach der Beckenhöhle hin, indem man die vor den Fingerspitzen befindlichen Theile nach der hinteren Fläche des Ramus horizont. ossis pubis zuschiebt und andrückt. Dies wird stets von derselben Seite ausgehend wiederholt, bis der Bruch verschwindet. Das diesem Verfahren zu Grunde liegende Princip besteht also darin, den Bruch nicht zurückzudrücken, sondern von der Bauchhöhle aus zurückzuziehen. Der Bruchsack folgt nach P. diesem Zuge sehr leicht. In drei von Verf. mitgetheilten Fällen von eingeklemmten Brüchen bei Frauen war das Verfahren von bestem Erfolg:

I. Fall. 40jährige Frau, seit 12 Stunden eingeklemmter linksseitiger Schenkelbruch. Reposition erfolgt leicht und schnell.

II. Fall. 35jährige Frau, linksseitiger Leistenbruch. Seit 12 Stunden Einklemmungserscheinungen. Reposition gelang leicht. — Nach etwa 4 Wochen wieder 5 Stunden lange Einklemmung. Behandlung und Erfolg wie früher.

III. Fall. 56jährige Frau, seit 5 Stunden eingeklemmter linksseitiger Schenkelbruch; Reposition.

Die früheren Fälle, auch alle bei Frauen, darunter einer von 3tägiger Dauer, zeigten dieselben günstigen Erfolge. —

Nach ähnlichen Principien hat Verf. in letzter Zeit Bruchbänder construirt, deren abgeänderte Pelotte nicht auf die Austrittsstellen des Bruches, sondern auf die Eintrittsstellen an den Unterleib in der Art gelegt wird, dass der vordere Rand der Pelotte den oberen Rand des os pubis berührt. Ein so gelegtes Band übt nach P. einen steten Druck auf die erschlafften Fasern der die Eingänge der Hernien begrenzenden Ligamente und auf das Bauchfell aus und verhindert auf diese Weise nicht nur das Eintreten der Eingeweide, sondern soll auch die radicale Heilung befördern. P. glaubt, dass sich durch dieses Verfahren die Zahl radicaler Heilungen in Zukunft beträchtlich steigern werde, besonders bei frischen, halbentwickelten und noch nicht aus der äusseren Bruchpforte ausgetretenen Hernien. Die nach

den bisherigen Methoden angelegten Bruchbänder hemmen nach P. letztere Brüche höchstens in ihrer weiteren Entwicklung, während die beste Zeit zur Heilung verloren gehe. **Tillmanns** (Leipzig).

A. Theilhaber. Brucheinklemmungssymptome ohne Bruch.

(Bair. ärztl. Intelligenz-Blatt 1877. No. 7. p. 67—71.)

Bei einer kräftigen Frau von 42 Jahren, die früher keinen Bruch hatte, fand sich in der rechten grossen Schamlippe bis zum Leistencanal hinauf eine Gänseei-grosse, kaum schmerzhafte, nicht reponible Geschwulst, die vor 3 Wochen entstanden sein soll. Am andern Tag Brechreiz, der Unterleib schmerzhaft. (Letzter Stuhlgang vor 2 Tagen.) Ricinusöl und Klysmen bringen keine Defäcation zu Wege. Am 3. Tag die Geschwulst grösser, sehr schmerzhaft schon bei leisem Druck, Empfindlichkeit des Abdomen. Calomel und Klysmen sowie in Narkose ausgeführte Repositionsversuche ohne Erfolg. Nachmittags Herniotomie. Der Bruchsack enthält nur trübe, flockige Flüssigkeit und Bindegewebssepta, die Bruchsackwand schwach geröthet. Die Sonde gelangt durch einen engen Canal in die Bauchhöhle. Am folgenden Tage Zurückgehen aller Symptome. Rasche Heilung.

Aus diesem Fall schliesst Th., dass der ganze Symptomencomplex der Brucheinklemmung durch einen mit Exsudat gefüllten, von Eingeweiden freien Bruchsack hervorgerufen werden kann. Nachdem Verf. ähnliche, unzweideutige Fälle aus der Litteratur angeführt hat, schliesst er weiter, dass hierzu ein rasches Entstehen des Exsudats, d. h. eine acute Entzündung des Bruchsacks gehöre.

Zur Erklärung zieht Verf. die Aehnlichkeit der Symptome bei jeder intensiveren localen Peritonitis heran. Das Misslingen der Taxis trotz der Communication will Th. von der Knickung des Bruchsackhalses bei starker Füllung der Höhle ableiten. Differentiell diagnostisch giebt Verf. an: Bruchsäcke, die nur mit Flüssigkeit gefüllt sind, stellen eine meist kuglige, gleichmässig glatte und gespannte Geschwulst mit leerem Schall vor. Der Schmerz ist anfangs über die ganze Geschwulst gleichmässig verbreitet und nicht blos auf die Pforte beschränkt. Entzündliches Oedem der Umgebung tritt häufig auf. Die Therapie besteht in Antiphlogose — Punction — Incision.

Obigem Fall reiht Verf. einen zweiten an, bei dem neben peritonitischen Erscheinungen eine mehr als bohnengrosse Cyste im Leistencanal vorhanden war. Doch steht der letztere Fall in keinem näheren Zusammenhang mit der oben behandelten Frage.

Mögling (Tübingen).

F. A. Southam. Notes of a case of cystine calculus diagnosed before operation.

(Brit med. Journal 1876. Vol. II. p. 817.)

Diese seltene Steinform fand S. bei einem 57jährigen Manne, welcher zum ersten Male im 20. Jahre an »Nierenentzündung« erkrankte. Das Leiden trat noch weitere 3 Mal auf; seit 1 Jahre stellten sich Harnbeschwerden ein; nie erschien Gries im Harne, wohl aber in der letzten Zeit Blut. Des Pat. Geschwister sind alle gesund; von seinen Kindern litt das eine 14 Monate alt an Blasenbeschwerden mit Abgang von Gries. Bei der ersten Untersuchung des Pat. fand man einen 1″ grossen, nicht zu festen Stein; im untersuchten Urin liess sich Cystin nachweisen. Zweimalige Steinzertrümmerung besserte die Blasenbeschwerden erheblich. — Doch trat Bronchitis auf, welcher der Kranke erlag. Section: Beide Lungen blutreich, Bronchien erweitert, mit Schleim erfüllt; Insufficienz der Aortenklappen, Atheromatose der Aorta. Beide Nieren enthalten zahlreiche Abscesse, Nierenbeckenschleimhaut in eitriger Entzündung; beide Harnleiter verdickt und erweitert; die Blasenwand verdickt. Das Gewicht der gesammten Steinfragmente betrug 159 Gran, in der Blase fanden sich noch 6 Bruchstücke, alle von wachsartigem Aussehen, mit radiärer Streifung; ein Kern war in ihnen nicht zu finden. Während in der Mehrzahl der beobachteten Fälle die Kranken ausserordentlich heruntergekommen waren, erschien Pat. sehr kräftig und hatte nur in der letzten Zeit über Erscheinungen geklagt, die von einem Arzte auf Leberleiden bezogen wurden. — Meist spielen in den Beobachtungen von Cystinsteinen hereditäre Verhältnisse eine bedeutende Rolle; in diesem Falle tritt obiges Moment nicht in den Vordergrund. Von 22 von Poland behandelten Fällen kamen 11 in 4 Familien vor, Teale fand Cystin bei 3 Familienmitgliedern und G. Bird beobachtete Cystin bei 3 Personen in 3 nacheinanderfolgenden Generationen.

Pilz (Stettin).

E. T. Caswell. Fifteen cases of stricture of the urethra.

(Bost. med. and surg. Journal 1876. Vol. II. p. 631.)

Verf. beschreibt 15 Fälle von Strictur, die er vorwiegend mit plötzlicher Dehnung behandelte. Unter diesen 15 Fällen starben 2, der eine plötzlich 10 Tage nach der Operation (Nephritis chron.), der andere septisch nach dem Einführen einer Syme'schen Sonde. Bei 5 Fällen wurde der Perinealschnitt gemacht, von diesen hatten 3 eine Perinealfistel, bei 3 war die Strictur traumatischen Ursprungs; bei 7 bestanden 2 Stricturen. Fand sich nur eine Strictur, dann lag sie 5—7″, waren 2, dann lag die erstere $2^1/_2$—4″ vom Orificium urethrae. In den letzteren Fällen war die vordere Strictur die weitere, nur in 6 Fällen folgte Fieber auf die Operation. Verf. lässt nach geschehener Erweiterung nicht mehr den Katheter liegen; er zieht von den benutzten Dilatatorien (Voillemier, Holt, Thompson) das letztere

vor, plädirt für die rapide Dehnung bei den gewöhnlichen (?) Stricturen, für den Perinealschnitt bei traumatischen oder mit einer Fistel combinirten Stricturen. **Pilz** (Stettin).

H. Beach. Excision of the elbow-joint; showing results from a series of twenty-one cases operated on at the Massachusetts General Hospital.

(Bost. med. and surg. Journal 1877. Vol. XCVI. p. 1.)

Die Operation wurde, wenn nicht von der originären Wunde aus, sämmtlich mit hinterem Längsschnitte (v. Langenbeck) gemacht. Sie war immer eine totale Resection; die Nachbehandlung geschah im Schienenverbande mit leichter Winkelstellung von 135°; Bewegungen wurden frühzeitig gemacht. Von 22 Operirten wurden 15 mit gutem gebrauchsfähigem Arme entlassen. Ueber die Fälle mit tödtlichem Ausgange sind die Daten etwas knapp. Sämmtliche Operationen wurden von Hodge innerhalb 10 Jahren gemacht, die erste 1866 (die erste in den vereinigten Staaten verrichtete Ellenbogengelenksresection machte J. C. Warren 1834).

Die Fälle sind kurz folgende. — Operirt wegen Verletzung:

1) 29jähr. Mann, Fractur compl. com. hum. et radii. Prim. Resection. Brauchbares Gelenk, gesehen nach 9 Jahren.

2) 24jähr. Mann, Fract. compl. hum. et rad. Maschinenverletzung, prim. Operation von der origin. Wunde. Brauchbares Gelenk, gesehen nach 11 Jahren.

3) 23jähr. Mann, Gelenkeröffnung durch Kreissäge, Verletzung des rad., uln. und hum. Primäre Resection von der orig. Wunde, brauchbares Gelenk, gesehen nach 6 Jahren.

4) 23jähr. Mann, Fract. compl. hum. u. rad. Eisenbahnverletzung, Operation nach 5 Wochen, brauchbares Gelenk, gesehen nach 5 Jahren.

5) 23jähr. Mann, Fract. compl. comm. hum., rad. et uln., Gelenkeröffnung. Operation nach 1 Woche, brauchbares Gelenk, $3^1/_2$" Verkürzung, gesehen nach 5 Jahren.

6) 8jähr. Knabe, Fract. compl. hum. rad. et uln. Epiphysenablösung, primäre Resection, brauchbares Gelenk, 3" Verkürzung, gesehen nach 2 Jahren.

7) 48jähr. Mann, Fract. compl. cond. ext. et Olecran., Gelenkeröffnung, Hufschlag, primäre Resection, brauchbares Gelenk, gesehen nach 5 Jahren.

8) 28jähr. Mann, Fract. compl. cond. hum. et rad., bedeutende Weichtheilzerstörung. — Auffallen eines Steines. — 24 Stunden später operirt mit Längsschnitt; fehlende Nachbehandlung. Ankylosis.

9) 38jähr. Mann, Fract. compl. hum. et rad. Fall. Prim. Resection. Brauchbares Gelenk, gesehen nach 9 Monaten.

10) 40jähr. Mann, Fract. compl. und Disloc. des Rad. und der Uln. Fract. fem. Fall. Primäre Operation, stirbt nach 18 St.; Section nicht gestattet.

11) 20jähr. Mann, Fract. compl. com. hum. et ulnae, bedeutende Zerreissung der Weichtheile, Nerv. ulnar. blossgelegt. Operat. 4 Stunden später mit Längsschnitt, am 8. Tage Trism. und Tetan., † am 13. Tage.

12) 48jähr. Mann, Fract. compl. olecran., Eröffnung des Ellenbogengelenks; Eisenbahn-Verletzung. Operation am 17. Tage mit Längsschnitt, † 24. Tag. Thromb. der Art. pulm., Lungengangrän.

13) 55jähr. Mann, Fract. compl. com. uln. Zerreissung von Weichtheilen; Fract. crist. oss. ilei. Primär. Längsschnitt, am 3. Tage Diarrhoe. † 6. Tag. Section nicht gestattet.

14) 19jähr. Mann, Fract. compl. comm. hum. uln. et rad., Fract. compl. oss. calc.; Abschälung der Bauchhaut und Zerreissung der Weichtheile der Achselhöhle. Maschinenverletzung. Prim. Längsschnitt. † nach 18 St.

Operirt wegen Erkrankung:

15) 42jähr. Mann, chronische Caries der Gelenkenden; Total-Resection. Gutes Gelenk, Extension ist etwas beschränkt; gesehen nach 6 Jahren.

16) 23jähr. Mann, Gelenkentzündung nach Trauma. Gutes Gelenk, nach 5 Jahren gesehen.

17) 61jähr. Mann, chronische Gelenkentzündung (3 Jahre). Gutes Gelenk, nach 1 Jahr gesehen.

18) 24jähr. Mann, chronische Gelenkentzündung. Gutes Gelenk, nach 8 Monaten gesehen.

Operirt wegen Difformität:

19) 29jähriger Mann, knöcherne Ankylose seit 3 Jahren nach Trauma; zuerst knöcherne Vereinigung, daher erneute Resection. Brauchbares Gelenk, gesehen nach 5 Jahren.

20) 14jähr. Mädchen, Narbencontracturen nach Verbrennung; schwächliche Person; 2. Tag Nachblutung. Erschöpfung, † am 4. Tag.

21) 27jähr. Mann, alte Luxation; beim Versuche der Reposition Zerreissung von Weichtheilen; 2″ entfernt. Nachblutung; Pat. entweicht aus dem Hospitale; leidliches Gelenk; gesehen nach 8 Monaten.

Pilz (Stettin).

J. Dollinger. Die angeborene Hüftgelenkverrenkung.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 3. p. 622.)

Verf. hatte Gelegenheit genaue anatomische Untersuchungen bei einem Falle von angeborener Hüftgelenksverrenkung vorzunehmen. Er kommt zu der Ansicht (nach Besprechung der bisher aufgestellten Theorien), dass die angeborene Hüftgelenksverrenkung dadurch zu Stande komme, dass die Pfanne in ihrer Entwickelung gehemmt werde und auf einer früheren Wachsthumsstufe stehen bleibe. Dieser Umstand sei bedingt durch einen auch am Y förmigen Pfannenknorpel vorkommenden Process frühzeitigen Verknöcherns der Epiphysenknorpel. Der Schenkelkopf, der bei dem Embryo wegen seiner Form,

nicht wie beim Erwachsenen, so fest von dem Faserknorpelsaum der Pfanne umschlossen werden kann, wird am Wachsthum nicht verhindert und schlüpft allmälig aus der mangelhaft entwickelten Pfanne heraus. Nach dem Entschlüpfen des Schenkelkopfs schrumpft die Pfanne in einigen Fällen bis zu einem kleinen Höcker zusammen. Grösse und Form des Pfannenrudimentes hängen von der Ausdehnung und von der Zeit der Verknöcherung des Yförmigen Knorpels ab. Dasselbe Resultat kann aber auch bedingt sein durch ungenügende Production knochenbildender Substanz von Seiten des Knorpels. (Diese Ansicht erklärt aber wohl kaum die oft gleichzeitig vorhandene mangelhafte Ausbildung und Atrophie des Schenkelkopfes. Ref.)

Die Ursache der Verknöcherung oder der Wachsthumshemmung des Yförmigen Knorpels ist ein in der Nähe desselben ablaufender entzündlicher Process höheren Grades. Geringere entzündliche Reize führen zu Knorpelwucherungen und Auswüchsen, die ja häufig genug am Becken angetroffen werden. In manchen Fällen mag wohl eine Hüftgelenksentzündung die frühzeitige Verknöcherung des Yförmigen Knorpels zur Folge haben. —

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

A. Ogston. The operative treatment of genu valgum.

(Edinb. med. Journal 1877. March. p. 782.)

An Stelle der schrägen Absägung des Cond. int. nach Eröffnung des Kniegelenks, wie Annandale es ausgeführt, empfielt O. folgendes von ihm in einem Falle von hochgradigstem beiderseitigem genu valgum angewandtes Operationsverfahren. Unter antiseptischen Massnahmen führte er ein starkes Adam'sches Tenotom an der Innenseite des im Knie gebeugten Oberschenkels bis zur Fossa intercond. ant. ein und durchtrennte beim Zurückziehen Weichtheile und Periost. Mit Adam's Säge für subcutane Durchtrennung des Schenkelhalses wurde sodann der Cond. int. schräg bis auf eine dünne Knochenbrücke durchsägt. Die hintere Knochenlamelle durchbrach O. bei gestrecktem Beine und nach innen gedrängtem Unterschenkel mit der Hand. In gewünschter gerader Stellung wurde eine lange Aussenschiene für 14 Tage angelegt und dem abgesägten Condylus Zeit gelassen, höher hinauf am Femur anzuheilen. Passive Bewegungen folgten. $7^1/_2$ Wochen nach der 1. und 5 Wochen nach der 2. Operation (die 4 Tage nach der ersten Operation ausgeführt worden) konnte Pat. gut gehend entlassen werden. Die Operationen hatten gar keine besonderen Folgen, die früher seitlich gelagerte Patella nahm fast ihre normale Stellung ein.

Drei Abbildungen erläutern das Operationsverfahren sowie die Form der Extremität vor der Operation und nach der Heilung.

Pils (Stettin).

J. W. Hulke. Case of general telangiectasis most developped in the lest half of the body, associated with abnormalities of the large blood-vessels of the left lower limb and in the neck.

(British med. Journal 1876. Vol. II. p. 790. [Royal med. and chir. Soc.])

Ein junges Kind wegen Intertrigo zur Beobachtung gekommen, zeigte einzelne Nävi in der linken Leiste. 4 Jahre später waren dieselben zahlreich auf der ganzen linken Körperseite entwickelt, und confluirten am Gesicht und an den Füssen. Die zwischen den einzelnen Nävi belegene Haut war von zahlreichen, erweiterten Venen durchzogen. Im ferneren Verlaufe nahmen die Nävi an Zahl und Grösse erheblich zu. Die Hautvenen erschienen noch zahlreicher und in ihren Dimensionen vergrössert und speciell hatte sich in der linken Leiste ein prominentes schwammartiges Blutgefässknäuel entwickelt. Das linke Bein war viel stärker, als das rechte, aber kühler, mehrfache Hämorrhagien und Erysipele traten auf. Das Kind starb im 5. Lebensjahre an Erschöpfung. Die Section zeigte die Aorta unterhalb der Coeliaca und Mesenter. sup. bedeutend verengt: Carot. und art. fem. sin. viel schwächer, als die dext. An Stelle der Ven. iliaca. ext. und femor. sin. fand sich ein venöser Plexus der mit anderen Venen ein »rete mirabile« bildete zwischen Ven. cav. inf. und iliac. comm. einerseits, und den Venen des Beckens und der unteren linken Extremität anderseits. Die linke Ven. jug. sin. hatte die halbe Weite der rechten. Das linke Bein war um $5^1/_4''$ stärker als das andere; die Gefässalteration betraf nur die Haut und das Unterhautbindegewebe. Die mikroskopische Untersuchung ergab: cavernöse Degeneration der kleinen Gefässe und reichliche Zellenvermehrung in dem stark verdickten Bindegewebe. **Pilz** (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

H. Possadski. Veränderungen der mit Flimmerepithel bedeckten Schleimhäute bei katarrhalischer Entzündung derselben.

(Rudnew's Journ. für norm. u. path. Histologie 1876. Sept.—Oct., russisch.)

Die katarrhalische Entzündung der mit Flimmerepithel bedeckten Schleimhäute (Tuba Eustachii, Trachea, Tuba Fallopii) geringsten Grades charakterisirt sich mikroskopisch durch Folgendes: 1) Erweiterung der Gefässe im subepithelialen Stratum, Ueberfüllung derselben mit rothen Blutkörperchen; 2) Emigration rother und weisser Blutkörperchen, Infiltration des subepithelialen Gewebes mit denselben; 3) weitere Emigration zwischen den Epithelzellen hindurch an die Oberfläche der Schleimhaut; Hinzutritt zum Schleim; Bildung des Hauptbestandtheils vom entzündlichen Secret; bei alledem soll das Epithelium fast ohne Ausnahme unverändert sein. Verf. glaubt bei katarrhalischer Entzündung pathologisch-anatomisch die oberflächlichen, wo nur Veränderungen des Epithel, von der tiefen unterscheiden zu müssen, wo nur Veränderungen des Schleimhautgewebes selbst vorkommen. Im letztern Falle kann das Epithel an dem Process Theil nehmen (gemischte Form) oder unverändert bleiben. **W. Grube** (Charkow).

M. Lomikoffski. Zur Aetiologie der Erkrankung innerer Organe bei Thieren nach Verlust der Hautperspiration.

(Med. Westnik. 1877. I. russisch.)

Verf. gelangt durch eine Reihe äusserst sinnreicher Versuche zu dem Schluss; dass die bisher üblichen Erklärungsweisen (Stockvis, Lang, Feinberg, Sokoloff) ungenügende seien, und dass der einzige Grund für die Erkrankung innerer Organe nach Verlust der Hautperspiration in der vermehrten Wärmeabgabe zu suchen sei; somit wäre die Annahme einer im Blute der lackirten Thiere auftretenden giftigen Substanz als Erklärungsgrund durchaus nicht erforderlich.

W. Grube (Charkow).

Moret. A propos d'un cas d'hémorrhagie artérielle, arrêtée instantanement au moyen de la cautérisation faite avec la pile Planté.

(Revue de Thérap. méd.-chirurg. 1877. No. 7.)

Beschreibung eines galvanokaustischen Taschenapparats, der sog. Gaston-Planté'schen electrischen Flasche. Dieselbe besteht im Wesentlichen aus 2 Bleiplatten, welche durch spiralig aufgewundene Kautschukstreifen von einander getrennt sind und in einem mit angesäuertem Wasser gefüllten, ca. 15 Ctm. hohen Glase stehen. Diese Flasche besitzt die Fähigkeit, grössere Mengen von Electricität auf Vorrath in sich aufzunehmen und festzuhalten. Sie wird, ganz nach Analogie der Leydener Flasche, mit Electricität geladen, durch gewöhnliche Elemente, mit welchen sie mehrere Stunden in Berührung bleibt. Dann kann sie in ein Etui gethan, in die Tasche gesteckt und auf weite Entfernungen, z. B. über Land, mitgenommen werden, um nach Stunden, ja selbst noch nach Tagen ihre Electricität für galvanokaustische Zwecke unverkürzt abzugeben. Natürlich reicht die vorräthige Electricitätsmenge nur für kleinere Operationen von kürzerer Dauer. Der vom Verf. in dem mitgetheilten Falle benutzte Apparat war 15 Ctm. hoch, 6—700 Grm. schwer und soll einen feinen Platindraht während 4 Minuten glühend erhalten haben. Grössere Elemente wirken noch länger.

Mit einer solchen Flasche gelang es M., wie ausführlich mitgetheilt wird, eine durch die gewöhnlichen Mittel schwer zu beherrschende arterielle Blutung aus einer gequetschten Nasenwunde auf kaustischem Wege schnell zum Stehen zu bringen.

A. Hiller (Berlin).

Collins. Notes of hospital practice. Pennsylvania Hospital.

(Philadelphia med. Times No. 239. 1877. Januar 20. p. 173.)

1) Cancer of rectum; Colotomy (operation complicated by cyst of the kidney) death.

Eine 50jährige, seit 2 Jahren an stetig zunehmenden Unterleibsbeschwerden leidende marastische Haushälterin wurde, nachdem sie 14 Tage lang keinen Stuhlgang gehabt, in's Spital gebracht, wo ein grosses Carcinom des Rectum, beginnend 2 Zoll über dem Anus und das ganze Rectum circulär umgebend, diagnosticirt wurde. Colotomie in der Lendengegend. Dabei stiess man auf eine Cyste, welche mit der Niere zusammenzuhängen schien; sie drang zur Wunde hervor und platzte. Der Inhalt (etwa 300 Grm.) war eine klare Flüssigkeit ohne Geruch nach Urin. Das nach unten und vorn verschobene Colon wurde sodann geöffnet und seine Wundränder mit der äusseren Haut vernäht. Sofort erfolgte etwas Stuhlgang. Erst 48 Stunden später entleerte sich die Hauptmasse des Darminhalts. Tod einen Tag später. Keine Section.

2) Rupture of quadriceps tendon from muscular violence.

Ein 47jähriger Mann strauchelte im Juli 1876 mit dem rechten Bein, als er die Treppe hinunter eilte. Er fiel, stand jedoch sofort auf. Das Knie schwoll sofort an; Pat. konnte das Bein strecken, jedoch nicht auf demselben stehen, ohne Gefahr zu fallen; dabei hatte er Schmerzen oberhalb der Kniescheibe. Dort fühlte man nach der Innenseite zu eine 2 Finger breite Vertiefung, von welcher aus man unter die Patella greifen konnte. An der Aussenseite, entsprechend dem m. vastus externus war die Verbindung mit der Patella erhalten geblieben.

Man legte eine hintere Schiene an, worauf das Gehen mit Hülfe eines Stockes leichter wurde. Später bekam Pat. eine Kniekappe mit stählernen Seitenschienen. Trotz alledem bestand bedeutendes Hinken selbst nach 3 Monaten.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

de Bellina. Sept cas favorables de transfusion du sang défibriné. (Présentés par M. Larrey.)

(Comptes rendus T. 84. p. 202.)

Verf. hat seinen bekannten, von der Pariser Academie 1870 preisgekrönten Apparat zur Transfusion defibrinirten Blutes nunmehr in 7 Fällen praktisch angewendet. Dieselben betrafen Asphyxie und Eclampsie bei einem Neugeborenen, Metrorrhagie einmal durch Abortus, das andere Mal infolge von Excision eines Uteruspolypen, Anämie nach Hämatemesis, Leukocythämie im Gefolge von Hämorrhoidalblutungen und einen Fall von Placenta praevia. In allen 7 Fällen ist die Transfusion gut verlaufen und war von Erfolg begleitet. Larrey fügt hinzu, dass auch er den Apparat von B. für die Behandlung der Anämien nach starkem Blutverluste für sehr geeignet erachte.

J. Munk (Berlin).

van der Laan. Tres casos de cysticercos intra-oculares.

(Gazeta med. de Lisbôa 1876. No. 23.)

1. Fall. 40jährige Dienstmagd. Seit 18 Monaten war im Glaskörper die Hydatidenblase und der für dieselbe charakteristische Reflex wahrnehmbar. Keine Störung des Sehvermögens, keine entzündliche Affection der Augenhäute.

2. Fall. 26jähriger Knecht. Blase zwischen Uvea und Retina. Sehr schöner Hydatidenreflex; über den Tumor verlaufende Gefässverzweigungen. — Chorio-Retinitis. Durch Darreichung von Anthelminthicis wurden grosse Mengen von Taenia solium entleert. — Im Verlauf von 2 Monaten hellte sich die centrale Trübung wieder auf. Doch persistirten Exsudatreste im inneren Drittel des Augenhintergrundes. Auch blieb die Papille unsichtbar.

3. Fall. 37jährige Feldarbeiterin. Ganz besonders ausgeprägter Hydatidenreflex. Sehr deutliche Bewegungen des im Glaskörper sitzenden Cysticercus, wobei Hals und Kopf sehr schön zu unterscheiden waren. Entzündliche Ablagerungen sowohl im centralen, wie im peripheren Theil der Retina.

Ullersperger (München).

v. Patruban. Behandlung von Gesichtsneuralgien durch Unterbindung der Carotis.

(2 Vorträge, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 24. Nov. und am 1. Dec. 1876.)

(Wiener med. Wochenschrift 1876. No. 49 u. 50.)

Verf. hat in drei Fällen von Gesichtsneuralgie, wobei alle gebräuchlichen Mittel im Stiche gelassen, Unterbindung der Carotis comm. der betreffenden Seite vorgenommen, wodurch zweimal radicaler Erfolg, einmal dreijähriges Aussetzen der Neuralgie folgte. —

In einem 2. Vortrag berichtet Verf. über 6 fernere gleiche Fälle mit gleicher Behandlung, warnt aber vor der Operation bei Atherose der Gefässwandungen wegen der alsdann drohenden Blutung in's Gehirn. —

v. Mosengeil (Bonn).

M. Fehr. Ueber das Wesen des Mumps.

(Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 3. p. 600.)

F. hatte Gelegenheit an sich selber (Mai 1876) über das Wesen des Mumps Studien zu machen. Die Erkrankung (mit Initialschüttelfrost) begann in der Submaxillardrüse und allmälig entwickelte sich eine Zellgewebsinfiltration, die vom Jochbogen bis zur Clavicula reichte und schliesslich in Eiterung überging. Zu gleicher Zeit hatte F. Gelegenheit, 16 andere Fälle von Mumps zu beobachten. Verf. ist geneigt anzunehmen, dass der Mumps seinem Wesen nach eine specifische Erkrankung sei, die »sich durch fluxionäre Hyperämie der Speichel- oder

Geschlechtsdrüsen und durch Erzeugung eines Stoffes charakterisire, der im Stande ist, die Erkrankung auf andere dazu qualificirte Individuen zu übertragen.« Er gehört daher, wie ja schon oft behauptet worden, unter die Infectionskrankheiten im Anschlusse an die acuten Exantheme. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

C. Eisenlohr. Zur Casuistik der Tumoren der Hypophysis.

(Virch. Arch. Bd. LXVIII. p. 461.)

Ein 23jähriges Mädchen, die »immer etwas beschränkt und thöricht« gewesen, aber weder Lähmungserscheinungen noch Störungen der Sinnesorgane gezeigt hatte, erkrankte fieberhaft mit Kopfschmerz und Benommenheit des Sensorium, und starb nach zehntägiger Krankheit, sechstägiger vollkommener Bewusstlosigkeit und Somnolenz. Ausser beträchtlicher Milzvergrösserung und Schwellung der folliculären Apparate im Darm zeigt die Section einen stark kirschengrossen Tumor an der Stelle der Hypophysis. Der Boden der sella turcica war ziemlich tief usurirt, die vordere Wand derselben theilweise zerstört, so dass die Geschwulst in die Keilbeinhöhle vorragt. Das Chiasma nerv. opticor. und die nerv. optici eine Strecke weit deutlich von unten nach oben flach gedrückt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte eine wahre Hypertrophie des Drüsenlappens der glandula pituitaria mit Gefässneubildung, in deren Begleitung — ganz analog den Vorkommnissen bei der Struma thyreoidea — Hämorrhagien erfolgt waren. Durch letztere scheint eine acute Volumsvergrösserung der Geschwulst erfolgt zu sein.

Madelung (Bonn).

A. E. M'Rae. Case of accidental penetration of abdomen per vaginam.

(Edinb. med. Journ. 1877. Febr. p. 606.)

Angeblich beim Heruntersteigen von einer Leiter fiel ein Mädchen auf einen Forkenstiel; dieser drang durch die Vagina in's Abdomen. Der mühsam, aber ohne Blutung herausgezogene Stiel war 18" weit mit Koth beschmutzt. Am 9. Tage führte die inzwischen eingetretene Peritonitis zum Tode. Section: Quere, 1¼" lange Wunde in der Recto-Vaginal-Wand, in's Rectum 1½" über dem Anus mündend; an der rechtsseitigen Rectalwand, 2" höher, führt ein Riss in die fossa retrouterina; hier liegt etwas Heu und Stroh. In der Höhe des Promontorium ist das Peritoneum eröffnet. Ein mit Strohhalmen verunreinigter Canal führt an der rechten Seite der Wirbelsäule bis zur Höhe der Nierengefässe hinauf. Der Riss in der Recto-Vaginal-Wand im Rectum geheilt, guter Eiter in dem langen Gange. Därme mit einander verklebt, sehr ausgedehnt; 2 Quart dünnen Eiters in der Bauchhöhle. Die übrigen Organe normal. Die ausführliche Krankengeschichte, die Rechtfertigung der therapeutischen Massnahmen (Opium, Kataplasmen) und die forensische Besprechung des Falles sind im Originale nachzusehen. —

Pilz (Stettin).

Pollart. Volvulus. — Mort; autopsie.

(Archives med. belges 1877. Janvier.)

Ein 22jähriger Soldat erkrankte an einem Erysipelas faciei. Mehrtägige Verstopfung machte die Anwendung von Abführmitteln nothwendig; er erhielt ½ Glas Sedlitz-Bitterwasser und später 1 Kilo eines Tamarinden-Decoct mit 0,05 Brechweinstein, worauf 4 flüssige Stuhlausleerungen erfolgten. In der Nacht darauf stellten sich heftige Kolikschmerzen, Delirien und galliges Erbrechen ein, und vom folgenden Tage ab entwickelten sich alle Symptome der Darmverschliessung, welcher Pat. nach 11 Tagen erlag.

Bei der Autopsie zeigte sich, dass die Verschliessung verursacht war durch ein Aufwärtssteigen des Coecum bis an die grosse Curvatur des Magens, mit welcher es durch frische Verklebungen verbunden war. Durch diese Lageveränderung hatten die verzerrten angrenzenden Abschnitte des Ileum und Colon asc. eine Einknickung und Axendrehung erfahren, welche das Lumen, wenigstens des Dickdarms, verschloss. Verf. glaubt nicht, dass durch die Abführmittel (gesteigerte Peristaltik) und den Brechact jene Dislocirung des Coecum habe bewirkt werden können. **A. Hiller** (Berlin).

O. Shakespeare. Elephantiasis of the penis.

(Patholog. Soc. of Philadelphia 1876. 26. October.)
(Philadelph. med. Times 1876. December 23. No. 237. p. 140.)

Der früher stets gesunde Pat. suchte im Januar 1876 ärztliche Hülfe wegen einer seit 14 Tagen bestehenden continuirlichen Erection des Penis. Der letztere war dabei an sich nicht schmerzhaft, aber sehr hyperaesthetisch. Der Zustand dauerte noch weitere 14 Tage, wobei die Dimensionen des Organs bedeutend zunahmen. Grösster Umfang etwa in der Mitte = $17^1/_2$ Ctm. Die Vergrösserung nahm rasch zu, so dass die Penishaut wegen zu starker Spannung longitudinal incidirt werden musste. Ende März betrug der Umfang 30 Ctm. Jetzt wurde mittelst der Galvanocaustik die Amputation des Penis vor der Symphyse vorgenommen. Die Heilung erfolgte schnell und es kehrten seitdem die bis zu Faustgrösse herangewachsenen rechten Inguinaldrüsen rasch zur Norm zurück. Pat., welcher kurz vor der Amputation einen leichten Anfall von Pleuritis durchgemacht hatte, verfiel in der nächsten Zeit ziemlich schnell, aus unbekannten Gründen, und ging einige Zeit später an Inanition und Anämie zu Grunde. Keine Section. Der amputirte Penis soll ähnliche Veränderungen, wie die bei Elephantiasis arabum auftretenden gezeigt haben. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Streojek. Zwei Fälle von Kniegelenksmäusen. Directe Excision, Heilung.

(Wiener med. Wochenschrift 1876. No. 51, 52 u. 53.)

Verf. hat zwei Gelenkmäuse durch directe Incision zugänglich gemacht und entfernt. Das Resultat war beide Male gut, obwohl man keine aseptische Wundbehandlung eingeleitet hatte. **v. Mosengeil** (Bonn).

M. de Figueiredo. Do Ainhum.

(O Correio med. de Lisbôa 1876 No. 21.)

Bei Gelegenheit eines der Academie der Med. zu Rio Janeiro vorgestellten Falles, schildert M. den Verlauf obiger Krankheit, die mit Bildung einer anfangs schmerzlosen Schrunde in der Plantarfurche der Grundphalanx der kleinen Zehe an einem oder an beiden Füssen beginnt. Allmälig vertieft sich die Schrunde und umgreift circulär den ganzen Umfang der kleinen Zehe, welche oft um das Dreifache vergrössert, von den übrigen Zehen abstehend erscheint und schliesslich nur durch einen kurzen Stiel mit dem Fuss zusammenhängt. — Je länger die Dauer der Leidens, desto kürzer und dünner wird der Stiel und desto mehr scheint er hineingezogen, in die Masse der knollenartig veränderten, an ihrem Ansatzpunct allseitig beweglichen Zehe. — Die Sensibilität ist bedeutend vermindert. Die Haut der Zehe meist hypertrophirt, rauh und runzlig, selten geschwürig, der Nagel nach aussen verdreht. Nur in der primären Furche bestehen öfters missfarbige Geschwüre mit jauchiger Absonderung. Der Gang wird sehr beschwerlich. Doch kommt die Krankheit meist nur in den letzten Perioden zur ärztlichen Behandlung, wenn die Pat. durch Schmerzen hierzu gezwungen werden. Am häufigsten warten die Kranken den spontanen Abfall der Zehe ab, oder versuchen selbst durch oft sehr rohe Mittel, sich von dem lästigen Anhängsel am Fusse zu befreien. Krankheitsdauer 1—10 Jahre.

M. will Ainhum weder mit Gafeira, noch mit Lepra dactylina, noch mit Bouba, noch mit Radesyge, Sclerodermie oder symmetrischer Gangrän verwechselt wissen. Von allen soll Ainhum, wie M. meint, unterscheidbar sein. Die Therapie ist in den vorgeschritteneren Stadien der Krankheit machtlos. Einen Heilerfolg im Beginn des Leidens durch Débridement des constringirenden Ringgeschwürs hat Silva Lima in der Gaz. med. de Bahia 1876. 10. Jan. beschrieben. —

Ullersperger (München).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. **Sonnabend, den 19. Mai.** **1877.**

Ein kleiner Beitrag zur Trepanations-Frage bei Schussverletzungen des Schädels.

Von

Hofrath **von Linhart** in Würzburg.

Beim Lesen der vortrefflichen Arbeit Dr. Bluhm's (»Statistik der Trepanation bei Kopfverletzungen besonders bei Schuss-Fracturen des Schädels«) erinnerte ich mich eines Falles aus dem Kriegsjahre 1866, der für mich von hohem Interesse war, da er meine frühere Ansicht über den therapeutischen Werth der Trepanation bei Schädelverletzungen wesentlich geändert hat.

Ich bin im Allgemeinen, wie beinahe alle unmittelbar oder mittelbar der Kern'schen Schule entstammenden Chirurgen kein grosser Verehrer der Trepanation, wiewohl ich im Jahre 1857 und später 1872 ganz auffallend günstige Resultate von Trepanationen

hatte. In beiden Fällen war Nekrose der inneren Glastafel vorhanden. Beide Kranke, ein Mann und ein Mädchen, erwachten kurz nach der Trepanation aus tiefem Sopor und genasen schliesslich.

Trotz dieser günstigen Fälle konnte ich der Trepanation, der primären sowohl als der secundären, keinen grossen Werth bei Kopfverletzungen beimessen, und wurde darin noch sehr bestärkt, als ich viele ziemlich tiefe Eindrücke ohne Trepanation heilen sah, andererseits mich so viele Operationen und Sectionsbefunde bei Extravasaten, sowie traumatischen Meningitiden und Encephalitiden überzeugten, dass Trepanationen ganz nutzlos gewesen wären. — So kam ich durch meine eigene Erfahrung beinahe ganz auf den Kern'schen Ausspruch zurück, dass wenn ein Kopfverletzter nach einer Trepanation gesund wird, diese keinen Antheil an der Heilung hat und der Schluss auf eine günstige therapeutische Wirkung der Trepanation eine Conclusio a post hoc ad propter hoc ist. Ich habe allerdings diese meine Ansicht nur als eine subjective Ueberzeugung angesehen, die meiner eigenen, also einer relativ sehr kleinen Statistik entsprungen ist.

Nun will ich den Fall, dessen ich Eingangs Erwähnung that, erzählen, soweit ich ihn im Gedächtniss habe. —

Im Sommer 1866 wurde ein etwa 20 Jahre alter badischer Infanterist, ein schwarzhaariger schöner junger Mann, in die chirurgische Klinik des Julius-Hospitals gebracht.

Er hatte eine ziemlich breite, gerissene, lappige Wunde der weichen Schädeldecken in der Gegend des hinteren oberen Theiles der Schuppennaht. Die Wunde war noch so ziemlich frisch, die Untersuchung mit dem Finger zeigte eine Zerreissung des Schläfenmuskels und seiner Aponeurose, sowie einen Knochenbruch mit geringer Ablösung des zerrissenen Periostes. Der vordere Bruchrand, zum Theil dem Seitenwandbein, zum Theil der Schuppe des Schläfenbeins angehörend, war etwas eingedrückt, aber so wenig, dass ich dem Eindrucke umsoweniger eine Bedeutung beilegte, als gar keine Erscheinungen von Hirndruck vorhanden waren.

Das einzige Symptom, das mich etwas beunruhigte, war eine eigenthümliche nervöse Erregung und eine unregelmässige Innervation der Extremitäten-Muskeln, eine eigene Hast und Unsicherheit im Gebrauche der Extremitäten, vorzüglich der oberen.

Diese Erscheinungen hielt ich für Nachwirkungen des Choc's. Die Wunde wurde mit einem in Olivenöl getränkten Leinwandläppchen bedeckt, darüber etwas entfettete Watte gelegt, die strengste Ruhe im Bette und kühlende Getränke verordnet. Schon am zweiten Tage traten Zuckungen der Gesichts- und Extremitäts-Muskeln auf, die sich rasch steigerten, und schon am dritten Tage stellten sich vollständige epileptische Zufälle ein. Das Bewusstsein ging verloren und die furchtbarsten Krämpfe, die gewöhnlich mit einem Opisthotonus begannen, währten 10—15 Minuten und endeten mit einem Zittern am ganzen Körper. Die Anfälle, die anfangs stundenlang

pausirten, wurden immer häufiger, so dass am vierten Tage nach dem Eintritte des Patienten die Anfälle fast alle 10 Minuten wiederkamen.

Am vierten Tage Morgens machte ich in einer Pause die Erweiterung der Wunde, die mir aber nichts anderes zeigte, als früher die Untersuchung mit dem Finger. Da entschloss ich mich zur Trepanation, da ich eine grössere Verletzung der Glastafel, Splitterung, tiefen Eindruck in der Glastafel oder sonst etwas Aehnliches vermuthete. An dem hintern etwas concaven prominenten Rande des Knochenbruches setzte ich eine kleine Trepankrone auf und bohrte mit aller Vorsicht ein halbmondförmiges Stück vom Seitenwandbein aus; als ich die Wunde sanft reinigte, sah ich einen der inneren Glastafel angehörigen kleinen nadelförmig spitzigen Splitter schräg in der Dura mater fest eingestochen, sonst war der Splitter ganz frei. Ich fasste denselben mit einer anatomischen Pincette und zog ihn in der Richtung seiner Axe aus, was nicht so ganz leicht ging, da der Splitter sehr fest eingestochen war. —

Da mir der Eindruck am tieferstehenden Wundrande gar zu geringfügig schien, habe ich auch keinen Versuch gemacht, den Knochenrand zu eleviren. Die Wunde wurde wieder wie gewöhnlich verbunden. Von nun an erholte sich Patient rasch aus dem tiefen Schlafe und es trat kein weiterer Anfall mehr ein. Am Abend nach der Operation traten leichte Zuckungen auf, die aber kaum 2—3 Minuten dauerten. Von diesem Momente an stellte sich keine einzige Nervenstörung mehr ein; in kurzer Zeit konnte Patient das Bett verlassen. Die Wunde vernarbte schnell und kaum 14 Tage nach der Operation konnte Patient in einem badischen Transportwagen seine Reise in die Heimath antreten. (Diesen erfreulichen Moment inaugurirte er sogar mit einer tüchtigen Anheiterung durch Champagner.)

Ich bin überzeugt, dass der grösste Zweifler am Werth der Trepanation in diesem Falle zugeben muss, dass das Einstechen des Splitters in die Dura mater und vielleicht die stichweise Verletzung eines ihrer feineren Nerven die epileptischen Zufälle hervorgerufen hat und dass durch das Ausziehen des Splitters der Kranke geheilt wurde. Die Trepanation war in diesem Falle eine explorative, sie war eben nur eine Fortsetzung der Wunderweiterung, nicht selbstwirkendes therapeutisches Mittel, aber ein unentbehrliches zur Erreichung des eigentlichen therapeutischen Zweckes, zur Auffindung und Ausziehung des Splitters.

Es steht jetzt fest in meiner Ueberzeugung, dass die Trepanation bei Schussverletzungen des Schädels unter Umständen ein sehr werthvolles, ja unentbehrliches Mittel sein kann und in ähnlichen Fällen wie der eben erzählte immer gemacht werden soll, wenn auch ohne strikte therapeutische Indication nur als exploratives Mittel, natürlich auf die Gefahr hin, sie umsonst gemacht zu haben. »Remedium anceps melius quam nullum«.

Um aber nicht missverstanden zu werden, muss ich hier ausdrücklich bemerken, dass ich bei dem hohen Werthe, den ich der Trepanation in diesem Falle und in ähnlichen Fällen beilege, dennoch nie behaupten werde, dass die Trepanation an sich eine traumatische Meningitis oder Encephalitis heilen oder gar verhüten (prophylactische präventive Trepanation) kann. —

Resoconto sanitario dell' ospitale civico di Trieste per l' anno 1874.

Triest, J. Dase, 1876.

Der vorliegende zweite Jahresbericht, redigirt von Dr. Brettauer, verwerthet im allgemeinen Theil das reiche Material von 6956 Patienten zu interessanten und vielseitigen statistischen Erhebungen, deren wichtigste Resultate auf einigen graphischen Tafeln in Columnensystem übersichtlich zusammengestellt sind, und Beachtung und Nachahmung verdienen. Von den Specialberichten ist der Bericht über die 4. (chirurgische) Abtheilung des Dr. Menzel bemerkenswerth, der den Zeitraum von August 1872 bis Ende 1873 umfasst, und sich über 1457 rein chirurgische Fälle verbreitet (mit Einschluss von 24 Fällen aus M.'s Privatpraxis und mit Abrechnung von 148 nicht eigentlich chirurgischen Patienten). Von diesen starben 136=9,27%. Sie vertheilen sich: Traumen 721=49%, entzündliche Processe: 577=39%, Neoplasmen 108=7%, verschiedene chirurgische Krankheiten 61=4%. — Die Wundbehandlung war vorwiegend die offene, die aber wegen der ungünstigen hygieinischen Verhältnisse des Hauses und seiner Umgebung nicht immer den gehofften Erfolg hatte. Besonders musste M. gegen die Diphtheritis ankämpfen, die damals in Triest überhaupt herrschte; neuerdings, hauptsächlich seit Einführung der Lister'schen Methode, haben die Wundkrankheiten bedeutend abgenommen. (Ohne Unterschied der Fälle war die Mortalität der Abtheilung 1873—1875 je 10%, 1876 $7^1/_2$%. Ref.)

Unter den Operationen sind zu erwähnen: Amputationen: 11 mit 5 Heilungen und 6 † (4 Pyämie, 1 Shok, 1 Tuberkulose). Exarticulationen: 3, geheilt 2, † 1 (durch Shok). Resectionen: 9, davon geheilt 4, † 5 (Pyämie 2, Tuberkulose 2, Erschöpfung 1). Amputation der carcinomatösen Brustdrüse: 7, alle geheilt. Herniotomien: 14, davon 8 †. Blasenschnitte: 12, davon 6 † (Lithotripsien nur 2).

Die 22 complicirten Fracturen der Extremitäten vertheilen sich: Carpus 1, amputirt und † (Pyämie); Vorderarm 6, amputirt 2, alle geheilt; Humerus 1 † (Pyämie); Fuss 1 amputirt † (Shok); Unterschenkel 13, amputirt 5, † 7 (Trauma und Shok 4, Pyämie 3).

Fracturen überhaupt kamen vor: Schädel 10, Wirbel und Becken

8, obere Extremität 75, untere Extremität 79. Ambulant behandelt wurden 1117 Kranke; davon waren Traumen 236, Entzündungen 668, Neoplasmen 107, verschiedene Krankheiten 106.

Ein Eingehen auf einzelne Fälle ist um so eher zu unterlassen, da die wichtigern meist schon an andrer Stelle publicirt wurden.

Escher (Triest).

Letulle. De l'albuminurie dans la lymphangite.

(Gazette des Hôpitaux. 1876. No. 133.)

Auf Grund zweier bezüglicher Beobachtungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

1. Fälle von schwerer Lymphangoitis, gleich, ob septikämischen Ursprungs oder nicht, verlaufen häufig mit einem Nierenkatarrh.

2. Derselbe stellt sich mit dem Eintritt der Lymphgefässentzündung ein und scheint weniger von dieser als von den constitutionellen Verhältnissen des Kranken abzuhängen.

3. Die katarrhalische Nephritis dauert noch längere oder kürzere Zeit nach dem Aufhören des Fiebers fort, und kann in Folge dessen dadurch, dass sich die Entzündung gelegentlich auf die gewundenen Harnkanälchen fortpflanzt, eine gefährliche Krankheit werden.

Pauli (Cöln a/R.).

Oré. Anémie chronique survenue à la suite d'accidents nerveux rebelles et de troubles digestifs continus pendant cinq ans; transfusion de sang; guérison. —

(Gaz. méd. de Paris 1877. No. 13.)

Verf. machte bei einer 22jährigen Frau wegen chronischer Anämie als Folge von Neuralgien und Inanition (Abscheu gegen alle Speisen, da Alles wieder erbrochen wurde) die Transfusion. Es wurde die v. mediana-basilica direct punctirt und in 45 Secunden 40 Grm. Blut vom Bruder der Kranken übergeführt. Eine Stunde nach der Operation trat ein leichter Frost ein.

Das Resultat war äusserst günstig, da sofort das Erbrechen aufhörte und der Appetit sich wieder einstellte, so dass die Kranke sich in relativ kurzer Zeit vollständig erholte. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab vor der Transfusion starke Vermehrung der weissen Blutkörperchen, die rothen waren von ovoider Gestalt und gekerbt. Zahl der rothen Blutkörperchen im Mittel 1,108250. Acht Tage nach der Transfusion war die Zahl der weissen Blutkörperchen die normale geworden, und die rothen hatten grösstentheils ihre runde Form wieder angenommen. Vermehrung der rothen Blutkörperchen um 710250. Von der ersten Zählung der rothen Blutkörperchen vor der Operation am 8. Februar bis zur letzten am 20. März ergab sich eine Vermehrung derselben um 2,231250. —

Kölliker (Würzburg).

Schnitzler. Subcutane Injectionen von Carbolsäure gegen Phthise und Tuberkulose.

(Vorläufige Mittheilung.)

(Wiener med. Presse 1876. No. 52.)

Die Versuche, welche an über 100 Patienten mit Injectionen von 1—2% Carbolsäurelösung vorgenommen wurden, hatten angeblich stets Abnahme des Fiebers, ruhigeres Athmen, Verminderung des Gefühls von Schwere und Abgeschlagenheit — bei längerem Gebrauche auch eine Abnahme der Nachtschweisse — zur Folge. S. injicirte täglich oder jeden zweiten Tag 1—2 Pravaz'sche Spritzen von der Lösung in das Unterhautbindegewebe an verschiedenen Körperstellen.

Winiwarter (Wien).

J. Neumann. Beitrag zur Aetiologie der Psoriasis.

(Wiener allg. med. Zeitung 1877. No. 1.)

N. hat 3 Fälle beobachtet, bei denen es nach Eczem an den geheilten oder der Heilung nahen Hautpartien zur Entwicklung von Psoriasis kam. Ein Fall betraf ein Mädchen, dessen Mutter an hochgradiger Psoriasis litt, ein anderer einen Mann, der seit seiner Jugend mit Prurigo behaftet, in letzterer Zeit ein Kratzeczem am Oberschenkel acquirirt hatte; zwischen den eczematösen Hautstellen traten Psoriasisinseln auf. Später entwickelte sich das Leiden auch an anderen Körpertheilen.

Winiwarter (Wien).

M. Verneuil. Note sur l'opération de la cataracte chez les diathésiques. —

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. No. 4.)

Verf. giebt fünf neue Beiträge zur Frage des Zusammenhanges von Traumen und constitutionellen Erkrankungen. (Vergl. Ref. Centralbl. f. Chir. 1877. No. 9. p. 141.)

1. Staaroperation bei einem 69 jährigen Mann, der an chronischer Gicht leidet. Anfangs guter Verlauf, dann Gichtanfälle mit Cephalalgie und Delirien. Tod unter Somnolenz 24 Tage nach der Operation.

2. 60 jähriger Patient leidet an Cholelithiasis. Staaroperation. 3 Tage nach derselben heftige Gallensteinkolik. Am nächsten Tage Iritis, unter welcher das Auge verloren geht.

3. 55 jährige Patientin leidet an Diabetes insipidus. Kataraktextraction. Am zweiten Tage heftige Entzündung, nach wenigen Tagen ist die Cornea vollständig vereitert.

4. 52 jährige Patientin mit Diabetes insipidus (1018 spec. Gewicht, 6 Grm. Phosphate in 1 Liter Urin). Staaroperation. 3 Tage lang ist das Befinden günstig, dann heftige Entzündungserscheinungen. 6 Tage nach der Operation ist die Cornea in voller Eiterung.

5. 40jährige Patientin leidet an Diabetes insipidus (1015 spec. Gewicht, 5 Grm. Phosphate in 1 Liter Urin). Staaroperation. Erst heftige Entzündung, dann günstiger Verlauf und Vernarbung der Operationswunde, doch ergiebt die Untersuchung des Augenhintergrundes ausgedehnte Netzhautablösung. — **Kölliker** (Würzburg).

H. Burckhardt. Ein Fall von Aneurysma Aortae ascendentis.

(Arch. der Heilkunde, 18. Jahrg. Hft. 2. p. 164.)

Der Fall betrifft einen 45jährigen Mann, bei welchem sich in kurzer Zeit, und zwar an der linken Seite neben dem Sternum beginnend, eine Geschwulst entwickelte, welche bald die ganze Mitte einnahm, fluctuirte und alle Erscheinungen eines Aneurysma der aufsteigenden Aorta darbot. Doch blieb die Diagnose wegen der ungewöhnlichen Lage und einer angeschwollenen Lymphdrüse der linken Achselhöhle, welche beide die Möglichkeit eines pulsirenden Sarcoms des Sternum noch zuliessen, vorläufig in suspenso. Mit Uebergehung der Einzelheiten der Symptome und des Verlaufes soll nur bemerkt werden, dass ein Jahr nach der ersten Untersuchung die mittlerweile mannskopfgross gewordene Geschwulst keinen Zweifel mehr über ihre aneurysmatische Natur zuliess, trotzdem deutliche Verwachsung mit der bedeckenden sehr gespannten Haut eingetreten war. Hier war die Haut wie bei Blutextravasaten braun und blau gefärbt und in der letzten Woche vor dem Tode bildeten sich circumscripte Stellen, wo die Epidermis fehlte und röthliche allmälig dunkler werdende Flüssigkeit aussickerte. Unter zunehmendem Oedem des Kopfes und der oberen Extremitäten trat endlich Coma und der Tod ein.

Die Section erwies ein grosses Aneurysma, welches etwa $3^1/_2$ Ctm. über dem Aortenostium mit der Aorta mittelst weiter Oeffnung communicirte. Die Aorta und die grossen Halsgefässe atheromatös entartet. Vom Sternum ist nur ein Theil des Manubrium und des Proc. xiphoideus erhalten, das Uebrige durch Usur zu Grunde gegangen. Ebenso haben die 2., 3. u. 4. Rippe ihre Sternalenden verloren und ragen in das Aneurysma 5 — 6 Ctm. weit hinein. In der Umgebung des Aneurysma's reichliche Blutextravasate zwischen den Lungen. Das Herz scheinbar nicht vergrössert.

»Ueber die Veränderungen an der Haut bei dem oben beschriebenen Falle von Aneurysma« macht Neelsen (Ebendaselbst, p. 174) Mittheilung.

Die mikroskopische Untersuchung von Verticalschnitten der verdünnten Hautstellen, welche kaum 1 Ctm. dick waren, ergab ein Fehlen der subcutanen Fettschicht. Nur dichtes schmales Bindegewebe unter dem Corium. Wo die Haut dicker war, konnte man die Fettschicht noch erkennen. In dieser und der darunter liegenden Bindegewebsschicht sind gar keine Blutgefässe zu erkennen, während in der obersten Coriumschicht sich zahlreiche und strotzend mit meist

veränderten Blutkörperchen gefüllte Blutgefässe finden. Was die Epidermis anlangt, so zeigte sich an braun gefärbten Stellen blutiggefärbter Epithelschorf, an den heller gefärbten meist etwas vorragenden Stellen aber eine merkwürdige Veränderung. An Stelle des Epithellagers sieht man ein lückenreiches Maschenwerk; die Maschen ähneln dem Bindegewebe, in den Lücken finden sich Fibrinniederschläge.

Die Epithelialzellen haben alle möglichen Veränderungen erlitten und Verf. ist geneigt anzunehmen, dass aus ihnen das eigenthümliche Fasernetz, bedingt durch Austritt von Serum zwischen die Zellen und Degeneration der letzteren, entstanden ist.

Die Talgdrüsen sind unverändert; Schweissdrüsen und Fettzellen zeigen die Erscheinungen einfacher Atrophie.

A. Bidder (Mannheim).

J. Sundberg. Die Radicalcur der Hernien nach der Methode von Greensville Dowell.

(Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1877. No. 2.)

Es handelt sich um eine Umstechung und Zusammenschnürung der Bruchpforte mit Silberdraht; in Bezug auf die Technik muss auf die Original-Mittheilung verwiesen werden. Von 97 operirten Fällen wurden 81 vollständig geheilt. **A. Bidder** (Mannheim).

Delore. Du traitement des Kystes de l'ovaire par le drainage abdomino-vaginal.

(Bulletin de la société de chirurgie 1877. No. 4.)

(Séance de la soc. du 29. mars.)

D. hebt Eingangs hervor, dass die Drainage bei Ovarialcysten erst von Ollen und Kiwisch gerühmt, mehr und mehr in Misscredit gekommen sei; Chassaignac, der sie auch geübt, habe endlich gerathen, diese Methode zu verlassen. Letzteres sollte, wie D. meint, nicht ohne Weiteres geschehen, da es doch wichtig wäre, an Stelle der Ovariotomie ein einfacheres und weniger eingreifendes Verfahren zu besitzen.

Die Ursachen des Misserfolges in früheren Fällen sieht D. einerseits in der Peritonitis, andrerseits in der Jauchung der Cystenhöhle. Um erstere, welche durch die Punction und den folgenden Erguss von irritirenden Flüssigkeiten in die Bauchhöhle bedingt ist, zu verhindern, empfiehlt D., Adhäsionen zwischen Cyste und Bauchwand durch Cauterisation herzustellen, und erst dann zu punctiren, wenn man jene für hinreichend solid halten darf. Die andre Gefahr droht von der Jauchung in der Cystenhöhle, und sei um so dringender, je geräumiger und brüchiger die Cyste sei.

Da in den meisten tödtlich verlaufenen Fällen bei einfacher abdo-

minaler Punction die Todesursache durch Septikämie (von der Cystenhöhle aus) gegeben sei, so handle es sich vor Allem um exacte Desinfection der punctirten Cystenhöhle, was D. am besten durch die Doppelpunction vom Abdomen und von der Vagina aus und Durchlegen einer Drainröhre, erreichen zu können glaubt. Als Zusatz zu dieser schon von Récamier (1839) geübten Punctionsmethode, empfiehlt D. die vorangehende Cauterisation der späteren Punctionsstellen.

D. spricht sodann von den Indicationen dieser Methode und dem Operationsmodus, und schliesst daran die Mittheilung eines mit gutem Erfolge in dieser Weise behandelten Falles.

Die Indicationen zur Drainage restringirt D. auf die einkammerigen Cysten, höchstens möge sie noch bei zweikammerigen angewendet werden, wo man noch mit Sicherheit eine exacte Drainage herstellen könne. Sei die Flüssigkeit klar, so seien die Chancen günstiger, wiewohl auch ein gallertförmiges Contentum keine formelle Gegenindication darstelle. Im letzteren Falle gelange man mit der Jodtinctur allerdings nicht zum Ziele, allein bei 2 Oeffnungen sei man stets im Stande, durch Einführung von reizenden, selbst kaustischen Flüssigkeiten, das Epithelium der Höhle, das Haupthinderniss für die narbige Retraction der Cystenwände, zu zerstören.

Die Drainage sei der Ovariotomie vorzuziehen, wenn Adhäsionen vermuthet, oder als sicher vorhanden betrachtet werden können.

Diese Adhäsionen seien, bei der Beweglichkeit der Organe der Bauchhöhle, nie ein Hinderniss für die Retraction der Wände der Cyste. Durchaus erforderlich sei es aber, in jedem Falle sich zu überzeugen, ob die Cyste im Douglas'schen Raume vorspringe, da sonst, wenn der Troikar eine grössere Zwischenstrecke zu passiren habe, üble Zufälle entstehen können. Um sich von diesen Verhältnissen der Cyste zu überzeugen, sei die vorgängige abdominale Punction derselben, bei gleichzeitigem Touchiren von der Vagina aus, empfehlenswerth.

Eine weitere Gegenindication sei das Vorhandensein von fibrösen Tumoren.

Der operative Vorgang besteht kurz in folgendem: Hat man sich, wie oben erörtert, davon überzeugt, dass die Punction im vorliegenden Falle angezeigt sei, so wird zur doppelten Cauterisation geschritten (am Abdomen und in der Vagina). Als Aetzmittel verwende man Kali caust., Wiener Aetzpaste und Chlorzink, ersteres um die Haut zu zerstören. Von Wichtigkeit, wiewohl nicht stets leicht, sei es, darauf zu sehen, dass das Vorschreiten der Schorfbildung an beiden Orten gleichen Schritt halte. Ist die Cauterisation beendet, so wird die abdominale Eschara mit dem grossen, gekrümmten Troikar (Chassaignac) durchbohrt, und ein Theil der Cystenflüssigkeit entleert; sodann perforirt man die vaginale Eschara, während der Finger genau controlirt, ob man mitten in der Eschara sei. In die Troikarkanüle wird eine lange, silberne Sonde, an der eine

Drainröhre mittelst eingefädeltem Faden befestigt ist, ein- und durchgeführt.

Der Mittheilung D.'s über einen in dieser Weise mit Erfolg behandelten Fall von Ovariencyste, entnehmen wir nur das Wichtigste (das Detail s. im Original): Nachdem bei der 40jährigen Pat. die Haut am Bauche, an der festgesetzten Punctionsstelle durch Kali caust. zerstört war, applicirte D. durch 18 Tage Chlorzink. 12 Tage nach dem Beginne der Cauterisation am Bauche Application von Wiener Aetzpaste und später Canquoin'scher Paste in der Vagina, mittelst eines Aetzmittelträgers, der 18 Stunden in der Vagina belassen wurde.

Am 20. Tage nach dem Beginne der Cauterisation, Punction mit gekrümmtem Troikar in der abdominalen Eschara; die Troikarspitze wird mitten durch die vaginale Eschara herausgeschoben; durch die Kanüle eine Drainröhre gelegt.

Symptome von Peritonitis, die noch am selben Abende auftraten, waren 4—5 Tage später verschwunden.

4 Wochen nach Beginn der Cauterisation täglich 2 Mal Irrigation der Cystenhöhle mit 10—15 Liter Wasser, und später mit Tanninlösung und Alkoholwasser.

2 Monate nach Beginn des Verfahrens Entfernung der Drainröhre, worauf sich die vaginale Oeffnung sofort schliesst. Eiter secernirende Fistelöffnung am Bauche lange fortbestehend. Complete Heilung nach 8 Monaten. Die Frau wurde kräftig wie nie zuvor.

In der hierauf folgenden Discussion bemerkt Perrier, er würde die von D. angewandte Methode nicht nachahmen. So einfach das Verfahren am Abdomen sei, so schwierig gestalte sich dasselbe rücksichtlich des Vordringens im Douglas'schen Raume. D.'s Fall zeige durch die eingetretenen Symptome von Peritonitis, dass die Cyste nicht im Contact mit der Vaginalwand war. Die Indicationen anlangend, sei zu berücksichtigen, dass man sich in der Diagnose der Art der Cyste täuschen könne; überdies sei die Retraction der Cystenwände wohl möglich bei Adhäsionen am Darme; bestehen aber solche zwischen Cyste und Bauchwand, so sei selbe nicht möglich und endloser Fortbestand einer Fistel am Bauche die Folge. Weiter kenne man bis jetzt kein Mittel, mit Sicherheit das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von Adhäsionen zu diagnosticiren.

Cysten von gallertförmigem Inhalt seien sicherlich multiloculär, und wie leicht könne der Chirurg in der differenzirenden Diagnose zwischen secundären Cysten und soliden Tumoren sich täuschen.

Desprès fragt D., warum er nicht die Canule à démeure angewendet habe, ein treffliches Mittel, das er selbst (Desprès) wiederholt erprobt habe. Er citirt hierbei einen interessanten Fall von Ovariencyste (das Detail s. im Original), wo in Zeitabständen von 2—3 Jahren 3 Mal spontane Rupturen der Cyste in die Bauchhöhle ohne jede Peritonitis erfolgten. Die schliesslich gemachte Ovariotomie (Péan) führte nur zur theilweisen Excision der Cystenwände,

wegen zu ausgedehnter Adhäsionen. Ein langer, eiternder Fistelgang am Bauche besteht seit Jahren seither fort. Für diesen Fall hält D. die Canule à démeure für indicirt und meint schliesslich, dass man bei Spontanrupturen der Cysten jedenfalls besser thue, die Heilung der Natur zu überlassen. Dieser Anschauung widerspricht Tillaux, der aus seiner Erfahrung einen Fall citirt, wo bei Spontanruptur eine lebensgefährliche Peritonitis entstand.

Diesen Kritiken gegenüber hält D. seine anfänglichen Behauptungen aufrecht, und hält seine Methode schon wegen der dabei leicht möglichen Desinfection für besser als die Canule à démeure.

Perrier betont noch schliesslich, dass Adhäsionen der Cyste an der Bauchwand die Retraction der Wände der ersteren hindern und die Heilung stören. **Fr. Steiner** (Wien).

Grimm. Acht Fälle von Cystotomie bei Blasenstein. Aus der chirurg. Klinik des Prof. v. Heine.

(Prager med. Wochenschrift 1877. No. 9.)

Während des dreijährigen Bestandes der chirurg. Klinik wurden 8 Steinschnitte gemacht, 6 von Prof. v. Heine, 2 von Dr. Weil; 7 Fälle verliefen günstig, 1 lethal.

Die dabei angewendeten Operationsmethoden waren in 7 Fällen der Seitensteinschnitt, in 1 Falle der Bilateralschnitt nach vorausgeschickter aber aufgegebener Sectio alta.

2 Fälle sind von besonderem Interesse.

Der erste 30jährige Pat. litt seit 17 Jahren an Harnbeschwerden und es wurde bei seinem Eintritt in die Klinik das Vorhandensein eines Steines von bedeutendem Umfange constatirt. Da die Sectio lateralis zu wenig Raum für die Herausbeförderung des Steines zu bieten schien, wurde von Prof v. Heine die Sectio alta vorgenommen. Der Schnitt begann 6 Ctm. über dem oberen Rande der Symph. oss. pub. und wurde zwischen den Musc. rect. herab, die Musc. pyramidal. spaltend bis an die Symphyse geführt. Da hierbei jedoch das in das pericystitische Narbengewebe eingezogene und hierdurch an den oberen Rand der Symphyse angelöthete Peritoneum verletzt wurde, schritt man nach Vereinigung der Bauchfellwunde zur Vornahme des Bilateralschnittes und wurde dann die Blase mit dem Lithotom caché double eröffnet.

Der Stein war von der Blase dicht umschlossen und konnte in toto nicht extrahirt werden; er wurde deshalb mit dem scharfen Löffel ausgehöhlt und in 4 Partien extrahirt. Er bestand aus phosphorsaurem Kalk und phosphorsaurer Ammoniakmagnesia, sein Gewicht betrug 115 Grm. Pat. wurde 4 Wochen nach der Operation geheilt entlassen.

Der 2. Fall betrifft einen 62jährigen Mann, der seit 6 Jahren Steinbeschwerden hatte. Die Lithotripsie gelang nur theilweise.

Da die Blase in einem hochgradigen Reizzustande war, wurde

die Operation verschoben und bekam Pat. Giesshübler Wasser und zweimal täglich eine Buccothee-Abkochung zum Getränk, und Tannininjectionen. Die faulige stark eitrig-blutige Beschaffenheit des Harnes besserte sich und die Sectio lateralis wurde gemacht, der Stein mit einer Kornzange entfernt. Der Kranke genas nach einigen Wochen.

In beiden Fällen war die Narkose durch heftig auftretende Krämpfe erschwert.

Vier Fälle verliefen ganz günstig; in einem Falle trat nach einem Vierteljahre Recidiv ein; der Seitensteinschnitt wurde neuerdings gemacht und dabei gefunden, dass eines der verschiedenen Concremente in einer seidenen Ligaturfadenschlinge hing.

Ein Pat. starb an Septikämie. Die Wunde wurde in allen Fällen vollständig offen und unberührt gelassen, welchem Umstande G. das günstige Gesammtresultat zuschreibt.

Nach der Operation wurden die Kranken mit zusammengebundenen Beinen und gegen den Unterleib angezogenen Knieen in die Seiten- oder Rückenlage gebracht, die Blase mit antiseptischer Flüssigkeit, ebenso wie die Operationswunde ausgespült.

Urlichs (Würzburg).

Breisky. Ueber die Emmet'sche Operation alter Cervicalrupturen des Uterus.

(Vortrag im Verein deutscher Aerzte in Prag. 7. April 1876.)

(Prager med. Wochenschrift 1876. No. 18.)

B. theilt einen Fall mit, in dem er die Emmet'sche Operation bei einer alten Ruptur des Muttermundes mit Erfolg machte. Die Pat., 37 Jahr alt, litt seit $6^1/_2$ Jahren nach ihrer letzten Entbindung an starken Schmerzen bei den Menses, seit einem halben Jahre steigerten sich die Schmerzen und starker Fluor albus war vorhanden. Die Untersuchung ergab folgendes Resultat:

Uterus leicht vergrössert (8 Ctm.), Fundus nach links, Collum nach rechts gerichtet, stumpfwinklig anteflectirt, Collum verdickt, mässig derb. Der Muttermund bildet einen klaffenden, halbmondförmigen Querschlitz, die Seiten desselben reichen links bis nahe an's Scheidengewölbe, rechts bis an dasselbe heran. Die vordere Muttermundslippe nach vorn umgekrämpt, besonders nach rechts, die Cervicalschleimhaut ectropionirt und erodirt. Uterus wenig beweglich, schmerzhaft.

Es wurde die Emmet'sche Operation vorgenommen, d. h. die Risslappen beiderseits angefrischt und rechts durch 5, links durch 3 Suturen mit Silberdraht vereinigt. Die Nähte wurden nach 8 Tagen herausgenommen, links war vollständige, rechts gar keine Vereinigung zu Stande gekommen. Nach 4 Wochen wurde die Operation von B. auf der rechten Seite zum zweitenmale ausgeführt und die Wunde

mit 6 Silberligaturen vereinigt. Die Heilung war nach 14 Tagen vollständig erreicht, die Kranke hatte keine Beschwerden mehr und konnte ganz geheilt entlassen werden. **Urlichs** (Würzburg).

Kleinere Mittheilungen.

Gilette. Présentation d'un malade (Schulterresection).

Horteloup. Calculs salivaires.

(Bulletin et mémoire de la société de chirurgie. Séance du 10. janvier 1877.)

G. stellt einen 54jährigen Mann vor, dem er vor $2^{1}/_{2}$ Monaten wegen Caries sicca des rechten Schultergelenks den Humeruskopf resecirt hat. Die Resection wurde mittelst vorderen Längsschnittes ausgeführt. Die Nachbehandlung bestand in Anwendung von festen Verbänden und Bedecken der Wunde mit Charpie, die mit einer Mischung von Alkohol und Glycerin zu gleichen Theilen getränkt war. Der Kranke ist vollständig geheilt, die Bewegungen sind noch beschränkt, namentlich die Abduction. Der Pat. kann ziemlich schwere Lasten heben und hat angefangen zu arbeiten.

H. zeigt zwei Speichelsteine, die er einem 48jährigen Manne aus dem Ductus Whartonianus durch eine Incision entfernt hat. Der eine ist rund, der andere länglich zugespitzt; sie haben an den Contactflächen Facetten, sind zusammen 4 Ctm. lang und wiegen 3,30 Grm. Der zweite Stein hatte sich sehr schnell nach dem ersten gebildet, ungewöhnlicher Weise lag sein dickes Ende nicht nach der Drüse zu. Die Steine bestehen aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk nebst einer kleinen Quantität Magnesia. In der Mitte zeigen sie einen hirsekorngrossen Kern von derselben Zusammensetzung wie die äusseren Schichten, welcher mit einer gelblichen, aus organischen Stoffen bestehenden Decke überzogen ist und der nach H.'s Ansicht in der Drüse selbst entstanden, in den Ausführungsgang gelangt dort eingeklemmt sei und nun als fremder Körper gewirkt habe, um den sich der Stein gebildet. **Kraske** (Halle).

V. Cavanis. Storia clinica di un caso di ipermegalia muscolare paralitica progressivo.

(Annali Universali di medicina e chirurgia Milano 1876. Dcbr.)

Ein 15jähriges Mädchen, für ihr Alter ungemein kräftig entwickelt, doch schwerfällig. Die Haut über der Muskulatur durch Fettansatz ungemein gespannt, nicht in Falten aufhebbar. Der 4. Dornfortsatz der Halswirbel bei Druck schmerzhaft. Die Kranke stolpert sehr leicht, ermüdet sehr bald, ist nicht im Stande mit der Hand z. B. ein Glas einige Zeit ruhig zu halten. Tast-, Wärme-, Schmerz- und electrische Empfindung überall normal. Die ersten Spuren des Leidens datiren seit dem 4. Lebensjahr. Verf. plaidirt für centralen Ursprung. Durch Faradisation der Muskeln und Jodkali wurde die Kranke nur sehr vorübergehend gebessert.

Menzel (Triest).

S. Eldridge. Intussusception. Cure by inflation.

(Americ. Journal of med. science 1876. Oct.)

J. G. 17 Monate altes Kind, kräftig und gesund, hatte einige Tage Verstopfung, des Nachts kolik-artige Schmerzen und leichtes Fieber. Den Abend vorher hatte 1 Theelöffel Ol. ricini Stuhl unter heftigem Drängen erzeugt. Am Tage der Untersuchung sehr heftige Koliken, welche ihren Sitz hauptsächlich im Colon transversum zu haben schienen, Würgen, Erbrechen von Schleim und Galle. Puls 140, klein, wechselnd; Temperatur 103,5 F. Haut heiss, trocken; Zunge belegt; Leib stark aufgetrieben, tympanitisch, schmerzhaft. In der Gegend der Flexura coli dextr. fühlte man einen eigrossen Knoten. Lavement mittelst Katheter, der

5 Zoll hoch eingeführt wurde. Nur $^1/_2$ Pinte warmen Wassers mit etwas Soda konnte eingegossen werden. 3 Drachmen kamen vermischt mit harten Kothstücken sofort zurück. Nun wurde ein Katheter No. 12 10 Zoll hoch eingeführt und mittelst einer Clysopompe Luft eingeblasen. Als der Leib stark ausgedehnt war und das Kind über heftige Schmerzen klagte, zog E. den Katheter zurück, wobei viel Luft ausströmte. Der Leib wurde weicher, als vor der Operation, die oben erwähnte Geschwulst schien sich verkleinert zu haben. Ein nochmaliges Einblasen ergab kein weiteres Resultat. Die darauffolgende Nacht war besser — man hatte Opium gegeben —, doch steigerten sich am andern Tage alle Erscheinungen. Bei einer dritten Luftinjection mittelst eines 12 Zoll tief eingeführten Katheters traf man sehr bald auf Widerstand, die Luft drängte sofort wieder heraus. Nun forcirte E. die Injection, er machte hintereinander 30 Pumpenstösse, als plötzlich der Widerstand verschwand. Noch einige Stösse, dann wurde der Katheter entfernt. Es folgten ihm grosse Mengen von Luft vermischt mit Darmgasen. Dann wurde der Leib ganz weich, die Geschwulst war verschwunden, Würgen und Erbrechen hörten auf und erschienen nicht wieder. Nachmittags erfolgte spontan normaler Stuhl. 24 Stunden später war jede Schmerzhaftigkeit im Unterleib verschwunden, das Kind war am 6. Tage vollkommen hergestellt.

Verf. glaubt, die Luftinjection hätte bei Intussusception die meisten Chancen. Man müsse nur mehr Methode in deren Anwendung bringen. So müsse durch Versuche eruirt werden, wie stark in den verschiedenen Lebensaltern der Darm ohne Schaden ausgedehnt werden könne. Durch zweckmässiges Einschalten eines Manometers sei dies wohl zu constatiren. Verf. scheint die forcirten Wasserinjectionen G. Simon's nicht zu kennen. **Lossen** (Heidelberg).

A. Amaducci. Un caso di occlusione intestinale improvvisa guarita coi clisteri ad ario.

(Raccoglitore med. 1876. No. 27 u. 28.)

Ein 35jähriger Mann bekam Ileussymptome, nachdem er überaus viel gegessen hatte. Das Erbrechen dauerte einige Tage fort, der Mann collabirte, bis nach sehr ausgiebigen Luftclystieren Erleichterung eintrat. Die Luftclystiere wurden in der Idee vorgenommen, eine Axendrehung des Darmes zu lösen, die übrigens durchaus nicht erwiesen war. **Menzel** (Triest).

Arland. Epiplocèle traumatique abdominale, chez une femme au neuvième mois de la gestation.

(Bulletin de la société de chirurgie 1876. No. 4. Séance du 29. mars.)

Eine 40jährige, starke Frau, im 9. Monate schwanger, schnitt in gebückter Stellung mit einer Sichel Gras ab; das rechte Bein hatte sie dabei vorgestreckt, das linke gebeugt. Als sie, im Bestreben schnell fertig zu werden, die Sichel einmal hastig von rechts nach links führte, schwankte ihr rechtes Bein, und sie verletzte sich mit der Sichel am Bauche. Heftiger Schmerz. Blutung. Die Frau verband sich mit ihrem Unterrock, eilte heim und als ihr Mann nach der Wunde sah, fand er sie nicht mehr blutend, aber »es hänge etwas Rothes am Bauche«, sagte er.

Bei der ärztlichen Untersuchung fand sich im linken Hypochondrium eine etwas schräg transversale Wunde, aus der ein etwa hühnereigrosses Netzstück heraushing. Reductionsversuche blieben am Tage der Verwundung, sowie am nächsten, erfolglos. A. liess die Pat. die Rückenlage mit leichter Neigung nach rechts einnehmen. Da alle späteren Repositionsversuche erfolglos blieben, der constante Brechreiz die Angst der Pat. vermehrte, so griff er, trotz der bestehenden Schwangerschaft, zu folgendem operativen Verfahren: Erweiterung der Wunde vom oberen inneren Winkel aus $1^1/_2$ Ctm. weit; Lösung der Adhärenzen des Netzstückes, worauf letzteres, bei stark auseinandergezogenen Wundrändern, selbst zurücktrat. Wegen Neigung des Netzstückes wieder zu prolabiren, Bauchnaht nach Blandin's Methode. Rasche Heilung. Normale, rechtzeitige Niederkunft. **Fr. Steiner** (Wien).

Eppinger. Ueber das Vorkommen der Septikämie bei Carcinoma uteri.
(Vorgetragen im Vereine deutscher Aerzte in Prag.)
(Prager med. Wochenschrift 1876. No. 11.)

E. bespricht Eingangs das seltene Vorkommen der Septikämie bei Uteruscarcinomen und berichtet dann über zwei von ihm beobachtete Fälle, wo beide Male das Vorhandensein der Septikämie durch die Section bestätigt wurde. In dem einen Falle war das septische Gift auf unmittelbarem Wege durch die Venen und Lymphgefässe fortgeleitet worden, bei dem zweiten war die Ursache der Septikämie eine Pyelonephritis, die durch einen in Folge des Uteruscarcinoms entstandenen Blasenkatarrh erzeugt worden war. **Urlichs** (Würzburg).

N. Parfianowitsch. Hymen annularis duplex.
(Mosk. med. Gaz. 1876. No. 26. russisch.)

Ein 17jähriges Mädchen, vom Verf. untersucht, bot folgenden Befund: die äusseren Geschlechtstheile normal, am Introitus vaginae 2 ungleich grosse, dem Finger zugängliche Oeffnungen; an jeder Eingangsöffnung ein ausgebildetes leicht ausdehnbares Hymen annularis mit dicken, fleischigen, gefranzten Rändern; die Vagina in der ganzen Länge durch eine nirgends unterbrochene Scheidewand in 2 Abtheilungen getheilt, von denen in jeder gesondert die Port. vag. uteri mit dem Muttermunde nachzuweisen; somit ein Fall von Duplicität des Hymen, der Vagina und des Cervix uteri. **W. Grube** (Charkow).

Szarvasy. Zwei interessante Fälle von Blasensteinerkrankungen.
(Wiener med. Presse 1877. No. 5.)

Bei einer 36jährigen Frau zerdrückte S. ein Concrement, das sich um einen hölzernen Pflanzenstengel gebildet hatte, mit Erfolg. Bei einem älteren Manne sah er nach 3tägiger Harnverhaltung die pars pendula der Harnröhre »rosenkranzartig« mit kleinen Steinen angefüllt; Tod am nächsten Tage. Keine Section; die ganze Beobachtung sehr unvollkommen. **Winiwarter** (Wien).

Ralfe. Cystic tumor of the left seminal vesicle; undescended left testicle.
(The Lancet 1876. Vol. II. p. 782.)

Der 28jährige Mann wurde im Seeman's Hospital (Greenwich) mit einer Bauchgeschwulst aufgenommen, die vom Schambeine bis zum Nabel und beiderseits von der Mittellinie $3^1/_2''$ zur Seite reichte; sie war weich, rundlich, unbeweglich, auf Druck sehr schmerzhaft; die oberflächlichen Ven. epigastr. erweitert und geschlängelt, der linke Hode lag im Leistencanal. Pat. bis vor 4 Monaten wohl, will unter Auftreten von Leibschmerzen das Erscheinen der Geschwulst bemerkt haben; anfangs stellten sich Harnbeschwerden, später Stuhlgangsstörungen ein. Verfall der Kräfte und unter Erscheinungen peritonitischer Reizung, Tod. Section: Vielfache feste Adhäsionen in der Bauchhöhle; in der Mittellinie rechts eine Geschwulst vom Becken bis zum Nabel und seitlich etwas in die foss. iliaca. Auf der Innenfläche der ziemlich dünnen Wand lag eine $1^1/_2''$ dicke Fibrinschicht, der Inhalt von blutigem Serum gebildet. Die Cyste war unilocular; vor ihr lag die zusammengedrückte Blase, hinter ihr das leere comprimirte Rectum. Jederseits lief an der Vorderseite des Tumor das vas deferens, um nach hinten und unten umzubiegen. Die linke Samenblase war breit und höckrig und hing mit dem Tumor innig zusammen. Mikroskopischer Befund fehlt.

Pilz (Stettin).

Friedenthal. Die Behandlung der Hydrocele mittelst Electricität.
(Prager med. Wochenschrift 1876. No. 28.)

F. empfiehlt die Behandlung der Hydrocele durch die Electricität. Eine Nadel (aus Gold) wird in die Scrotalhaut horizontal eingeführt, nachdem sie vorher, um Schmerzen zu ersparen, mit dem negativen Pole einer galvanischen Batterie in Verbindung gebracht ist. Hierauf wird der mit dem positiven Pole verbundene Rheophor auf eine dem Einstichspuncte nahe gelegene Stelle der äusseren Scro-

talhaut gesetzt. Verf. bemerkte sofort wurmförmige Bewegungen im Scrotum. Der Strom wirkte etwa 3 Minuten ein. An dem folgenden Tage war die früher prall gespannte Geschwulst gefaltet und nach 5—6 Sitzungen, die alle 2 Tage vorgenommen wurden, war dieselbe ganz geschwunden. Schmerz war gering, Entzündungserscheinungen wurden nie beobachtet; in einigen Fällen trat nach Monaten ein Recidiv auf, in anderen blieb die Heilung bestehen.

Urlichs (Würzburg).

Cazin. Anévrysme diffus primitif du pli du coude.

(Bulletin et mémoire de la société de chirurgie, Séance du 10. janvier 1877.)

Einem 17jährigen Ladenmädchen wurde zur Ader gelassen. Das Blut sollte in continuirlichem Strahle ausgeflossen sein und wurde durch Compression gestillt. Unmittelbar nach der Operation bildete sich in der linken Ellenbeuge ein taubeneigrosser, ziemlich harter, pulsirender Tumor. Die Hautwunde heilte sehr schnell, der Tumor blieb anfangs stationär; nach 5 Monaten wurde er noch härter, die Pulsationen hörten auf, gleichzeitig begann er allmälig grösser zu werden. Bei einer Untersuchung nach 9 Monaten zeigte sich der Tumor von der Grösse des Kopfes eines 8monatlichen Fötus, unregelmässig kuglig, fluctuirend, unempfindlich, breit aufsitzend, etwas beweglich und ziemlich gut abzugrenzen. Die Haut darüber war dünn, gespannt und geröthet. Pulsationen oder irgend welche Geräusche waren nicht zu bemerken; ebensowenig veränderten directe Compression, Elevation des Gliedes, Compression der Brachialis das Volumen des Tumors. Der Radialpuls und der Puls der Brachialis waren weniger kräftig als rechts, der Ulnarpuls dagegen gegen den der andern Seite nicht verändert. Die Sensibilität an der Vorderseite des Unterarms war deutlich herabgesetzt, das Glied etwas atrophisch. Die Operation wurde mit Hülfe der Esmarch'schen Constriction gemacht und bestand in Incision und Ausräumung der etwa 300 Grm. wiegenden Gerinnsel und Unterbindung der verletzten Arterie oberhalb. Theilweise Naht der Incisionswunde, Verband mit Kampherspiritus und Einhüllung in Watte. Nach 14 Tagen war die Wunde völlig geheilt. Nach der Unterbindung war der Radialpuls verschwunden, während der Ulnarpuls wie vorher bestand. Die verletzte und unterbundene Arterie war nicht die brachialis, sondern die radialis gewesen; es handelte sich um eine hohe Theilung, wobei nicht, wie es gewöhnlich ist, die ulnaris, sondern die radialis die oberflächlicher gelegene Arterie war. **Kraske** (Halle).

E. Gayraud. De l'amputation susmalléolaire.

(Montpellier médical. Bd. XXXVIII. No. 2. 1877. Febr.)

Wegen einer nach Comminutivfractur der Tarsalknochen zurückgebliebenen Ostitis und Nekrose der Fusswurzelknochen mit zahlreichen Fistelbildungen, beschloss G. die amput. supramalleol. auszuführen und zwar wählte er dazu die Methode der hinteren Lappenbildung durch elliptische Schnittführung. Es wurde ein Watteverband angelegt, der aber wegen Nachblutung bald entfernt werden musste. Der aus der planta pedis genommene vordere Theil des Lappens wurde gangränös. Trotzdem war das Resultat schliesslich ein recht gutes, Form und Bedeckung des Rumpfes durchaus befriedigend.

Bei Besprechung der einzelnen Schnittführungen giebt Verf. der von ihm verwendeten den Vorzug, der Lappen soll möglichst dick sein und Achillessehne nebst deren Ansatz enthalten. — Als Prothese gab G. seinen Pat. einen nach Angabe von Valette (Lyon) verfertigten, genau anschliessenden, vorn zum Schnüren eingerichteten ledernen Strumpf mit seitlichen Schienen, welche letztere steigbügelförmig einige Ctm. unterhalb des Stumpfes verliefen, so dass dieser gut auf wohl gepolsterter Unterlage beim Gehact aufruhen konnte. Pat. scheint aber mit diesem Apparate nicht sehr zufrieden gewesen zu sein, da er ihn nach kurzer Zeit mit einer nach Bigg construirten, das ganze Bein umfassenden Prothese vertauschte. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 21. Sonnabend, den 26. Mai. 1877.

Die Taxis des seitlichen Abbiegens und der Mechanismus der Kotheinklemmung.

Von

Dr. Hermann Lossen,

a. o. Professor der Chirurgie.

I. Theil.

Nach einem lebhaften Wortgefechte über den Mechanismus der Brucheinklemmung ist längere Ruhe gefolgt, welche einer Prüfung der verschiedenen Theorien und der Beobachtung am Lebenden Zeit gönnte. Dass ich selbst diese Musse nicht unbenutzt liess, mögen die folgenden Fälle beweisen, welche ich theils selbst beobachtet habe, theils der gütigen Mittheilung befreundeter Collegen verdanke. Es sind 10 Fälle von Kotheinklemmung sämmtlich reponirt durch die Taxis des seitlichen Abbiegens. Gross ist ihre Anzahl frei-

lich nicht; immerhin gross genug, um einige Schlüsse zu erlauben und zu weiteren klinischen Studien aufzufordern.

Fall 1. Elisabeth Stadler, 47 J., aus Hockenheim, wurde im Mai 1874, Nachts 12 Uhr, wegen einer linksseitigen eingeklemmten Schenkelhernie in die Klinik aufgenommen. Bruch bestand seit $1^1/_2$ Jahren in der Grösse einer Wallnuss, war stets reponibel. Kein Bruchband. Einklemmung seit morgens 8 Uhr desselben Tages. Erfolglose Taxisversuche waren bereits von dem zuerst behandelnden Arzte gemacht worden.

Untersuchung ergiebt linkseitige, kleinapfelgrosse Schenkelhernie, stark gespannt, mässig schmerzhaft.

In tiefer Narkose werden zunächst erneute Repositionsversuche angestellt, der Bruch hierbei sowohl comprimirt, als auch nach allen Richtungen bewegt. Kein Erfolg. Man wollte schon zur Herniotomie schreiten, als Dr. Hadlich den Bruch möglichst isolirt am Halse umfasste und nochmals sehr ausgiebige Bewegungen nach innen und nach aussen ausführte. Bei dem Abbiegen direct nach aussen schien der Bruch nachzugeben und kleiner zu werden. Hadlich wiederholte die gleiche Bewegung und mit einem Ruck entschlüpfte ihm die Hernie unter den Fingern. Pat. verliess am anderen Tage das Hospital.

Fall 2. Ich verdanke denselben der gütigen Mittheilung des Dr. F. Engelmann in Creuznach. Frau von 56 Jahren litt seit 5 Jahren an einer hühnereigrossen, linkseitigen, früher stets reponibeln Schenkelhernie. Kein Bruchband. Als Dr. E. gerufen wurde, bestand die Einklemmung 6 Stunden; der Bruch stark gespannt. Eine Abends spät ohne Chloroform versuchte Taxis führte nicht zum Ziel. Es wurde Morphium gereicht und der Morgen abgewartet. Während der Nacht wenig Ruhe, mehrmaliges Erbrechen kothig riechender Massen.

Um 6 Uhr früh ward Pat. tief narkotisirt und die Taxis nach Streubel's Vorschrift wiederholt versucht. Kein Erfolg, obwohl darüber $1/_2$ Stunde verging. Schon sollte jeder weitere Versuch aufgegeben und der Bruchschnitt gemacht werden. Da „ging Dr. E. mit den Fingern durch die dünnen Bedeckungen längs der Geschwulst bis in die Nähe der Einklemmungsstelle. Es gelang dies ziemlich leicht und zwar auf der inneren Seite. Nun machte er hebelförmige Bewegungen, indem er die Spitzen der Finger auf der Stelle liess. Zur Unterstützung führte er die Finger der anderen Hand neben die der rechten. Nach einigen energischen Hebelbewegungen fühlte er schon ein merkliches Weichwerden und nach etwa 12—15 Bewegungen fühlte er die Geschwulst unter den Fingern weggleiten. Der Fall war äusserst günstig, da die Frau sehr mager war und man mit Leichtigkeit zu der Bruchpforte gelangen konnte".

Das seitliche Abbiegen wurde in diesem Falle von innen nach aussen ausgeführt und war nicht sehr ausgiebig.

Fall 3. Frau Reiher, 34 Jahre alt, aus Heidelberg, leidet seit einigen Jahren an einem linkseitigen Schenkelbruche, der immer reponibel war. Kein Bruchband. Seit 5 Uhr Abends des 13. Oct. 1874 Einklemmungserscheinungen. Dr. Waltz versuchte Abends ohne Chloroform vergebens die Reposition. Anderen Tages $8^1/_2$ Uhr sah ich die Kranke. Der Bruch, von der Grösse einer dicken Wallnuss, war stark gespannt, mässig schmerzhaft. Pat. klagte über Schmerzen im Leib und über zeitweise auftretendes galliges Erbrechen.

Nachdem die Kranke tief chloroformirt war, versuchten wir Beide abwechselnd den Bruch, der bei mässig dicken und schlaffen Weichtheilen gut zu umfassen war, nach den verschiedensten Richtungen zu bewegen. Bei einer Bewegung direct nach aussen spürte ich ein leises Gurren. Auch schien der Bruch von da ab kleiner und weniger gespannt zu sein. Leider wurde hier durch Mangel an Chloroform die Narkose unterbrochen. Bis zu dem Eintreffen neuen Chloroforms vergingen ca. 25 Minuten. Deutlich konnte man in der Zwischenzeit bemerken, dass sich die Hernie wieder stärker spannte und grösser wurde. Wahrscheinlich war das zuführende Schlingenende offen. Als Pat. wieder narkotisirt war, setzten wir

die Taxis des seitlichen Abbiegens fort. Anfangs kein Erfolg. Da bog ich die Geschwulst energisch einige Secunden lang nach aussen. Eine Verkleinerung erfolgte und auf einen leisen Druck schlüpfte der Bruch hinein.

Fall 4. Frau Schölch, ca. 30 Jahr alt, aus Heidelberg, leidet seit einigen Jahren an einem linkseitigen Schenkelbruche. Kein Bruchband. Einklemmung am 17. Dec. 1875. Am anderen Tage wurde ich von Dr. Gross ersucht, die Pat. anzusehen. Bruch wallnussgross, gespannt, bei Berührung wenig schmerzhaft. Leib weich, schmerzlos. In Chloroformnarkose bog ich die Geschwulst nach allen Richtungen ab. Nach kaum 2 Minuten langem Versuchen gurrte die Hernie bei einem Abbiegen nach oben und aussen und verschwand plötzlich.

Fall 5. Die Krankengeschichte verdanke ich der Güte des Herrn Dr. A. Erlenmeyer jun. in Bendorf. M. Himroth, 78 Jahr, aus Bendorf, magere Person, leidet schon jahrelang an einer linkseitigen Schenkelhernie, welche keine Beschwerden verursachte und stets reponibel war. Kein Bruchband. Einklemmung 3. Dec. 1875. Dr. E. sah Pat. am 4. Dec. Abends. Sie hatte kurz vorher erbrochen; Leib sehr schmerzhaft, Puls frequent, klein. Vielfache eigene Repositionsversuche waren misslungen. Wegen enormer Schmerzhaftigkeit der Geschwulst wurde die Taxis nur milde geübt und nach deren Erfolglosigkeit ein erneuter Versuch auf den anderen Tag verschoben. Morphiuminjection. Am anderen Morgen begann Dr. E. sofort die Darmschlinge nach verschiedenen Richtungen abzubiegen, was bei der Magerkeit der Pat. leicht möglich war. In der Richtung gegen den Nabel, nach oben, gelang die Reposition unter leichtem Drucke.

Fall 6. N. N., Bäcker aus Rohrbach, ca. 25 J. alt, stellte sich im Febr. 1876 in der Klinik vor. Sein längere Zeit bestehender, fast kindskopfgrosser, rechtseitiger Leistenbruch ist seit dem Morgen eingeklemmt. Einklemmungserscheinungen noch gering, Bruch gespannt, aber schmerzlos. Pat. in der Klinik $11^1/_2$ Uhr narkotisirt. Leichtes Abbiegen der Geschwulst nach allen Richtungen, sowie Compression ohne jeden Erfolg. Bei einem starken Abbiegen nach oben und aussen gurrt der Bruch und lässt sich nun leicht zurückbringen.

Fall 7. Frau Hüsam, 28 J., lag wegen Prolapsus uteri 1875 in der chirurgischen Klinik. Sie hatte seit längerer Zeit einen linkseitigen, stets reponibelen Schenkelbruch. Kein Bruchband.

Während ihres Aufenthaltes in der Klinik klemmte sich die Hernie zwei Mal ein. Der Bruch war dabei grösser und gespannter.

Reposition kurze Zeit nachher ohne Narkose, das erste Mal durch seitliches Abbiegen (Richtung leider nicht notirt), das zweite Mal durch constanten Druck. Bei der Reposition durch seitliches Abbiegen löste sich die Einklemmung so rasch, wie im Experimente.

Fall 8. Georg Abele, 53 Jahr, Kutscher aus Heidelberg, kam am 6. Aug. 1876 mit einer linkseitigen eingeklemmten Leistenhernie in die Klinik. Bruch hat den äusseren Leistenring verlassen und liegt als apfelgrosse Geschwulst in der regio inguin. Er besteht seit 6 Jahren und war stets reponibel. Kein Bruchband. Einklemmung seit 4 Tagen. Bruch gespannt, nicht schmerzhaft. Leib aufgetrieben, nicht besonders empfindlich. Stuhl seit 4 Tagen angehalten, galliges Erbrechen seit 3 Tagen. Kein Fieber. Pat. kam zu Fuss in die Klinik. Reposition ohne Chloroform in 1 Minute durch seitliches Abbiegen der Geschwulst nach links und oben. Hernie verschwand plötzlich.

Fall 9. Derselbe Kranke (G. Abele) stellt sich am 11. Oct. 1876 abermals mit eingeklemmter linkseitiger Leistenhernie in der Klinik vor. Leichte Einklemmungserscheinungen. Dauer derselben 12 St. Bruch gespannt. Reposition ohne Narkose durch seitliches Abbiegen nach links und oben.

Es sei mir gestattet, diesen 9 Fällen noch 1 bereits von Dr. O. Hasse in Nordhausen veröffentlichten (Centralbl. f. Chir. 1874, No. 26) in aller Kürze anzureihen.

Fall 10. Frau W. aus Hörningen, 54 Jahr alt, ist seit 3 Jahren mit linkseitigem Schenkelbruch behaftet. Kein Bruchband. Einklemmung am 23. August

1874. Dr. H. sah Pat. 32 Stunden nach dem Beginn derselben. Bruchgeschwulst walzenförmig, von derber Consistenz. Die zuletzt erbrochenen Massen hatten gallige Färbung und fäculenten Geruch.

Um den Werth der Taxis des seitlichen Abbiegens zu prüfen, wurden in der Narkose zunächst andere Verfahren eingeschlagen. »Aber weder Compression der Bruchhalsgegend noch längere Zeit fortgesetzte Compression der gesammten Geschwulst, noch Welkern, Kneten etc. brachten die mindeste Aenderung an der Einklemmung hervor.« Darauf »umfasste Dr. H. die gesammte Geschwulst möglichst vollständig mit den Fingern beider Hände, wobei die Magerkeit der Pat. sehr zu Statten kam, konnte so die Form des Bruches fortwährend genau controliren, und bog denselben nun seitwärts nach verschiedenen Radien, ohne zugleich einen wesentlichen Druck auszuüben.« Beim Bewegen nach hinten und aussen fühlte er, dass die Geschwulst sich schnell verkleinerte und dann mit einem leichten Ruck verschwand. Eine Stunde später trat reichlicher Stuhlgang ein; Tags darauf befand sich Pat. wieder vollkommen wohl.

Ein Ueberblick über diese Krankengeschichten ergiebt folgendes:

In allen 10 Fällen, 7 linkseitigen Schenkelhernien beim Weibe, 3 Leistenhernien, 1 rechtseitigen, 2 linkseitigen beim Manne, handelte es sich um längere Zeit bestehende, sonst reponibele Brüche, welche meist — in 8 Fällen ist dies ausdrücklich angegeben — nie durch ein Bruchband zurückgehalten worden waren. Die Einklemmungssymptome hatten zur Zeit der Reposition im Ganzen noch keinen drohenden Charakter angenommen. In No. 6 und 7 dauerte die Incarceration allerdings erst wenige Stunden. In den übrigen aber findet sich die Dauer von 12—32 Stunden, in No. 8, von 4 Tagen notirt. Gleichwohl kam gerade in diesem letzten Falle der Kranke zu Fuss in die Klinik. Kothig riechendes Erbrechen ist nur in No. 2 und 10 angegeben, bedeutende Schmerzhaftigkeit im Leib, ein kleiner, frequenter Puls nur in No. 5, wo die Einklemmung mindestens seit 12 Stunden bei einer 78jährigen Frau bestand.

Die Bruchgeschwulst, die bei den Schenkelhernien zwischen Wallnuss- und Hühnereigrösse schwankte, bei den Leistenbrüchen 2 Mal apfel-, 1 Mal kindskopfgross war, wird in beinahe allen (9) Fällen als gespannt, in einigen stark gespannt angegeben. Eine besondere Schmerzhaftigkeit des Bruches ist nur in No. 5 angeführt; sie ist wohl auf die vielfachen Repositionsversuche der Pat. zu beziehen.

Habe ich hiernach ein Recht, alle diese Einklemmungen als Kotheinklemmungen anzusprechen? Ich glaube wohl. Denn

1. Der in den Krankengeschichten geschilderte Verlauf entspricht am meisten dem Bilde der sogenannten chronischen Einklemmung, der Form der Einklemmung, welche hauptsächlich den Anstoss gab zu experimenteller Prüfung des Mechanismus*). Wie aber auch immer die einzelnen Experimentatoren die Frage der vollendeten Absperrung beantworteten, alle liessen den Verschluss eingeleitet werden durch das Herabtreten des Darminhaltes in die bereits vorgefallene

*) Vergl. Roser Archiv f. phys. Heilkunde Bd. XV. p. 355.

Schlinge. Wir können daher wohl »chronische Einklemmung« und »Kotheinklemmung« synonym gebrauchen und werden nicht auf Widerspruch stossen, wenn wir die acuten und acutesten Fälle der Incarceration der »elastischen Einklemmung*)« zuweisen.

2. In allen Fällen waren es länger bestehende, sonst reponibele Brüche; bei den meisten wurde nachweislich kein Bruchband getragen. Nun wissen wir, dass gerade solche Hernien mehr der chronischen, oder sagen wir der Kotheinklemmung unterworfen sind, — während zur acuten, elastischen Incarceration hauptsächlich diejenigen Brüche das Material liefern, welche entweder ganz frisch vorfallen, oder aber durch längeres Tragen eines Bruchbandes eine Verengerung der Pforte erlitten haben.

3. Das Experiment weist bei der Kotheinklemmung stets eine mehr oder weniger starke Spannung der eingeklemmten Darmschlinge auf. In beinahe sämmtlichen Krankengeschichten ist ebenfalls dieser Spannung Erwähnung gethan. Von der elastischen Einklemmung dagegen wissen wir durch den Versuch, dass die eng umfasste Darmschlinge ganz oder theilweise leer ist. Für das Vorkommen am Lebenden haben dies sowohl Herniotomien wie Sectionen**) bestätigt. Eine Füllung der elastisch eingeklemmten Darmschlinge durch transsudirtes Serum ist deshalb nicht ausgeschlossen; ebensowenig Fälle, in welchen durch ganz besonders günstige Verhältnisse kleine Mengen dünnen Kothes oder Darmgase in die Schlinge schlüpfen. Im grossen Ganzen wird die Spannung selten die Höhe erreichen, die wir bei der Kotheinklemmung finden.

4. In einem Falle (No. 2) schien mir noch ein besonderes Moment für die Diagnose »Kotheinklemmung« zu sprechen. Die Taxis, welche bereits ein Kleiner- und Weicherwerden der Bruchgeschwulst zur Folge gehabt hatte, musste, wie erwähnt, wegen Mangel an Chloroform unterbrochen werden. Während dieser Pause wurde der Bruch wieder härter und nahm seine frühere Grösse an. Die Verkleinerung des Bruches erklärte ich mir durch ein momentanes Oeffnen des abführenden Schlingenendes, sein Wachsen durch ein Nachrücken des Kothes auf dem Wege des zuführenden Darmschenkels. Man hat solche Beobachtungen schon oft gemacht und sie entweder durch ein Verdrängtwerden und Wiederansammeln des Bruchwassers, oder eine temporäre Reposition der Schlinge gedeutet. Der Leser möge entscheiden, welche Auslegung hier die grösste Wahrscheinlichkeit hat.

Diese 4 Puncte werden genügen, um die Diagnose der Kotheinklemmung zu rechtfertigen. Zugleich habe ich mich bemüht, einige Hauptunterschiede der beiden vorzüglichsten Einklemmungs-

---

*) S. Langenbeck's Archiv f. klin. Chir. Bd. XIX. p. 88 ff.

**) Ich besitze die Notizen über einen derartigen Fall. Leider wird im Ganzen wenig auf dieses Verhalten der eingeklemmten Darmschlinge geachtet. Vergl. übrigens v. Linhart Vorlesungen über Hernien p. 128.

arten hervorzuheben. Es dünkte mir dies umsomehr am Platze, als die Unterscheidung: acute und chronische oder elastische und Kotheinklemmung, die in älteren Lehrbüchern der Chirurgie noch festgehalten wird, aus den neuen mehr und mehr verschwunden ist; gewiss kein Vortheil, weder für die Wahl der Taxis, noch für die Indication und Prognose der Herniotomie.

Wir kommen zur Taxis. Sämmtliche 10 Einklemmungen wurden durch seitliches Abbiegen reponirt. Gleichwohl bin ich weit entfernt davon, behaupten zu wollen, nur diese Methode habe hier immer zum Ziele führen können. Im Fall No. 7 ist vielmehr ausdrücklich von mir erwähnt worden, dass ein ander Mal bei der gleichen Form der Einklemmung der constante Druck geholfen habe. Thatsache ist aber, dass in 4 Fällen (No, 1, 2, 6 und 10) andere gebräuchliche Methoden umsonst versucht wurden und die Reposition erst durch seitliches Abbiegen gelang; dass ferner in allen übrigen Fällen die Methode nicht im Stiche liess und einige Male sehr raschen Erfolg hatte.

Eigenthümlich ist, dass bei 5 linkseitigen Schenkelhernien das seitliche Abbiegen jedesmal nach aussen und zwar bei 3 (No. 1, 2, 3) direct nach aussen, bei 2 (No. 4 und 10) nach oben, beziehungsweise hinten und aussen ausgeführt wurde. Bei den 3 Leistenhernien, 1 rechtseitigen, 2 linkseitigen, war die Richtung des Abbiegens ebenfalls nach oben und aussen.

(Fortsetzung folgt.)

H. Koehler. Ueber die Wirkungen des Chinin.

(Sitzungsberichte der naturf. Gesellsch. zu Halle. Sitzung vom 16. Decbr. 1876.)

Die Erfahrung von Scharrenbroich, wonach dem Chinin ein hemmender Einfluss auf die amöboiden Bewegungen der weissen Blutzellen zukommt, ist von Binz und Jerusalimsky für die Deutung der entzündungswidrigen Wirkung des Chinin verwerthet und durch den Versuch bestätigt worden. Es sollte nach diesen Autoren die Auswanderung der weissen Blutzellen durch die Gefässstomata der entzündeten Gewebe durch das Chinin sistirt werden. Dagegen hat Zahn gezeigt, dass der Austritt der weissen Blutzellen nur dann durch Chinin behindert wird, wenn infolge der herzlähmenden Wirkung grösserer Chiningaben die Circulation darniederliegt. Wegen Mangels einer Bestätigung der einen oder anderen Angabe hat K. Controlversuche an kräftigen Winterfröschen angestellt.

Während nach Meihuizen und Heubach die Reflexlosigkeit durch wiederholt beigebrachte, kleine Gaben (0,0025, Chin. mur.) erst beginnen sollte, wenn mit eingetretener Herzlähmung dem Rückenmark kein arterielles Blut mehr zugeführt wird, glückte es K. bei etwa dem 6. Theile seiner Frösche vollständige Reflexlosigkeit bei intactem Kreislauf herzustellen. Wurde nun solchen Thieren das Mesenterium freigelegt oder die Zunge durch Chlorzinkapplication

gereizt, so ging trotz der tiefsten Chininnarkose der Emigrationsprocess der weissen Blutzellen ganz so vor sich, wie an unvergifteten Fröschen. Weiterhin wurden 3 Chinin- und 3 Normalfrösche an den Hornhäuten mit Chlorzink geätzt. An den nach 1—3 Tagen herausgeschnittenen und mittelst der Goldmethode behandelten Hornhäuten fanden sich grosse Mengen ausgewanderter weisser Blutzellen in der Umgebung des Aetzbezirks; niemals war, eine gleiche Dauer des Entzündungsprocesses vorausgesetzt, in den Corneae der Chininfrösche eine geringere Zahl ausgewanderter Blutzellen nachweisbar, als an denen der unvergifteten Controlthiere; ja zuweilen war gerade bei den Chininfröschen die Auswanderung in stärkerem Grade erfolgt. Somit ist constatirt, dass die Auswanderung der weissen Blutzellen aus den Gefässen durch Chinin an sich nicht sistirt wird.

Bei Kaninchen und Katzen hat K. gefunden, dass bei kleinen Dosen (0,02 Chin. mur.) bald Verlangsamung der Herzcontractionen mit Ansteigen des Blutdrucks, bald Pulsbeschleunigung bei ziemlich gleich bleibendem Blutdruck eintritt. Für die Erklärung dieser Erscheinungen verwerthet K. eine zweimal gemachte Beobachtung, bei welcher eine Erregbarkeitserhöhung der Herzvagi von kurzer Dauer mit darauf folgender Erregbarkeitsverminderung nachweisbar war.

Unter dem Einfluss des Chinin wechseln Perioden beträchtlicher Beschleunigung der Respirationen mit solchen enormer Verlangsamung und Vertiefung ab, letztere etwa so, wie nach Durchschneidung der Vagi. Während der ersteren Periode ist die Athemgrösse beträchtlich herabgesetzt, während der zweiten etwas grösser, als in der Norm. **J. Munk** (Berlin).

J. Zawilski. Von dem Einfluss des Wassertrinkens auf die Gallenabsonderung.

Sep.-Abdruck aus d. Verhandl. d. Akad. d. Wissenschaften zu Krakau. polnisch.)

Im Anschluss an die zum Theil einander widersprechenden Angaben von Bidder und Schmidt, von Wolf, von Röhrig, von Körner und Strube, von Friedländer und Barisch hat Verf. den Einfluss des vom Magen aus aufgenommenen Wassers auf die Gallenabsonderung einer erneuten experimentellen Prüfung unterzogen. — Er setzte in den Ductus choledochus von Kaninchen eine Glaskanüle, trennte den Gang vom Darme, nähte die Kanüle in die Bauchwunde ein und fing entweder die auströpfelnde Galle in Tiegeln auf, um die Gesammtmengen der in gewissen Zeitintervallen entleerten Gallenflüssigkeit, deren Trockenrückstand, sowie die Menge der organischen und der anorganischen Bestandtheile bestimmen zu können, oder er liess die Galle in einem verticalen Glasrohr aufsteigen, um sich über den Druck zu orientiren, unter welchem der Ausfluss der Galle stattfinden kann. — Aus dem Vergleich von Versuchen an einfach gefesselten Thieren und an solchen, denen durch eine Oesophaguswunde am Halse mit einem Katheterrohr, theils ge-

wöhnliches Brunnenwasser, theils aber CO_2-, oder O- oder Ozonhaltiges Wasser in kleinen Mengen in den Magen eingeführt wurde, ergaben sich folgende Resultate:

1. Bei Thieren, die 15 Stunden gehungert haben, ist eine deutliche Abnahme der Gallenausscheidung nachweisbar. — Gleichzeitig mindert sich der procentische Gehalt an festen Bestandtheilen; die Galle wird wasserreicher. — 2. Wasser, wenn es vom Magen aus resorbirt wird, steigert stets die Ausscheidung der Galle, mit gleichzeitiger Zunahme der festen Bestandtheile in derselben d. h. es wird eine grössere Menge einer concentrirteren Galle geliefert. — Der Gehalt des Wassers an Gasen ist ohne Bedeutung, falls nicht die Gase den Magen aufblähen und so mechanisch ein Hinderniss für den Austritt der Galle einführen. — Die Gallenabsonderung wird um so reichlicher, je länger die Wasserzuführung dauert. Häufige und kleine Mengen Wasser üben den günstigsten Einfluss auf die Entleerung der Galle. — Durch Wasserzufuhr wird nicht nur die Menge der Galle, sondern auch der Druck, unter welchem dieselbe abgesondert wird, ganz beträchtlich gesteigert, so dass er selbst Hindernisse der Gallenentleerung zu besiegen vermag, die unter gewöhnlichen Verhältnissen unüberwindlich waren. **v. Lesser** (Berlin).

---

v. Nussbaum. Ueber den Shock u. s. w. (Nach einem Vortrage.)

(Bair. ärztl. Intelligenz-Blatt 1877. No. 11. p. 107.)

Für sehr viele bisher dunkle Fälle von unerwartetem tödtlichem Collaps nach Operationen sind in folgenden Momenten mehr überzeugende Ursachen gefunden:

1) Acute Sepsis, besonders bei Berührung grosser, rasch resorbirender Flächen mit septischen Flüssigkeiten. Die Erfahrungen bei Ovariotomien und einschlägige experimentelle Untersuchungen liefern hierfür zahlreiche Belege.

2) Acute Anämie nach hochgradigen Blutverlusten besonders bei vorher geschwächten oder bei alten Leuten.

3) Fettembolie, vornehmlich der Lungencapillaren nach ausgedehnten Knochensplitterungen. Gerade bei sehr kräftigen Individuen tritt hier zuweilen der Tod rasch ein unter Erscheinungen hochgradiger plötzlicher Dyspnoe.

Endlich muss besonders für die Operationen in der Bauchhöhle die experimentell von Wegner geprüfte Abkühlung des Bauchfells, die ein Sinken der Körpertemperatur mit den übrigen Folgeerscheinungen bewirkt, ganz wesentlich berücksichtigt werden.

Der acuten Sepsis und der Abkühlungsparalyse soll man nach v. N. durch strenge Antisepsis und durch möglichste Vermeidung der Abkühlung resp. durch Wärmezufuhr entgegensteuern.

Als Beispiel citirt Verf. einen Fall von Laparotomie wegen innerer Einklemmung des Darmes und Ileus. Der Operationssaal, die antiseptischen Lösungen und die Wäsche waren alle durchwärmt. Den Körper des Kranken hatte man in warme Tücher eingehüllt. Auch wurde die Lösung der Einklemmung unter möglichst geringer Blosslegung der Därme rasch bewerkstelligt. Es trat volle Heilung ein. — Da durch Berücksichtigung obiger Massnahmen die Gefahren der Eröffnung der Bauchhöhle sich auf ein noch geringeres Maass wie bisher herabdrücken lassen, so meint v. N., dass man vielleicht an eine Radicaloperation von Hernien durch Vernähung der Bruchpforte vom Bauchraum aus wird denken können. **Mögling** (Tübingen).

E. Weil. Beitrag zur Lehre von den syphilitischen Gelenkkrankheiten.

Inaug.-Diss. Strassburg. 1876.

Es ist der Zweck dieser Abhandlung, auf die bisher nur wenig bekannten und beschriebenen Gelenkaffectionen, die auf Syphilis beruhen, aufmerksam zu machen. W. hatte Gelegenheit, während mehrerer Semester in der Lücke'schen Klinik derartige Erkrankungen näher zu beobachten, die um so wichtiger waren, da es sich in einigen Fällen um congenitale Syphilis handelte, und gerade diese Formen in der Litteratur wenig bekannt sind. Wenn nun auch nicht immer die Lues congenita mit Sicherheit nachzuweisen war, so musste doch aus dem eigenthümlichen, langwierigen Verlauf, der meist weder von Schmerz noch von Fieber begleitet war, die Diagnose gestellt werden. Bei diesen Kindern zeigte sich die Affection zum Theil in Form von serösen Ergüssen, die ein oder mehrere Gelenke befielen. Zum Theil erinnerte dieselbe an die fungo-cariöse Form, nur dass die Schwellung des Gelenkes eine viel bedeutendere war. In denjenigen Fällen ferner, wo bereits Fisteln vorhanden waren, konnten aus dem ziemlich schmerzfreien Gelenk eigenthümliche bröcklige Gewebsmassen ausgedrückt werden, die, sowie auch die Ränder der Fisteln, ein speckiges Aussehen hatten. Dabei war, entgegen der bedeutenden Anschwellung des Gelenkes, die Zerstörung der Knochen nicht sehr bedeutend; oft war nur ein Knochen, z. B. am Ellbogengelenk der Radius, allein erkrankt. Der Verlauf — vorwiegend war das Ellbogengelenk Sitz der Erkrankung — zeichnete sich durch eine grosse Hartnäckigkeit aus. Meist blieb eine antisyphilitische Behandlung ohne Erfolg, und auch die verschiedensten, local in Anwendung gebrachten Verfahren hatten wenig Erfolg. Es fragt sich sogar, ob die in einzelnen Fällen ausgeführten partiellen Resectionen den langwierigen Verlauf irgendwie abzukürzen im Stande waren.

Bei Erwachsenen, bei denen es sich um acquirirte Lues handelte, wurden gewöhnlich seröse Ergüsse besonders in das Kniegelenk, und zwar zunächst als Folge eines Trauma beobachtet. Die Ergüsse, die

zum Theil mit beträchtlichen Verdickungen der Kapsel einhergingen, schwanden erst nach einer energischen antisyphilitischen Behandlung. Bei Erwachsenen ist gleichfalls die Diagnose oft schwer zu stellen. Die hierhergehörigen Affectionen haben bald Aehnlichkeit mit fungösen Gelenkleiden, bald mit gewöhnlichen Hydarthrosen, bald mit jenen Affectionen, die man gern als rheumatische bezeichnet. Die Anhaltspuncte sind oft nur die Anamnese, etwaige Concomitantien, der Verlauf der Krankheit und das Resultat der Therapie, ein Umstand, der selbstredend von grösster Wichtigkeit ist. Bei den reinen Hydarthrosen nimmt der Knorpel öfters Antheil an der Erkrankung, Veränderungen, die beim Lebenden durch ein eigenthümliches Knarren innerhalb des Gelenks zu erkennen sind. Bei gummösen Ablagerungen in die Gelenkweichtheile ist die Diagnose durch die eigenthümlichen circumscripten Schwellungen leichter.

W., der die Litteratur sehr genau und vollständig berücksichtigt, unterscheidet, gestützt auf eigne Beobachtungen in der Lücke'schen Klinik und auf die in der Litteratur beschriebenen Fälle, zwei Haupt-Formen, die er als hydropische und als gummöse bezeichnet. Bei der letzteren können die Gummata entweder a) im perisynovialen Bindegewebe sich befinden oder b) eine Periostitis gummosa geht auf das Gelenk über. Weiter c) kann primär in den Epiphysen die Erkrankung beginnen, wo man dann Processe analog der fungösen Ostitis hat, nur ist die Gewebswucherung stärker und es finden sich im Knorpel grössere Löcher (Riesel). Endlich kann die Erkrankung auch in den Epiphysenlinien ihren Anfang nehmen, wie es gerade bei congenitaler Lues beobachtet worden ist und wo in manchen Fällen selbst eine Trennung der Epiphyse von der Diaphyse zu Stande kam. Selbstredend kann der Process in der Epiphysenlinie auch eine Erkrankung der benachbarten Gelenke herbeiführen.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

G. Tizzoni. Contribuzione allo studio delle malatti del testicolo.

(Gazz. d. Cliniche Torino 1876. No. 51.)

Verf. betont in dieser vorläufigen Mittheilung, dass man die wahre Hodentuberkulose von den käsigen Entzündungen scharf auseinander halten müsse und dass man von letzterer wieder zwei Arten unterscheide, nämlich eine intertubuläre (analog der Peribronchitis caseosa) und eine intratubuläre (analog der Bronchoalveolitis caseosa). Beide Formen können entweder vereinzelt oder combinirt vorkommen. Die Tuberkulose hat immer eine prognosis infausta, während die käsige Entzündung die Prognostik nur für die Testikel ungünstig stellt.

Bei der Leukämie fand T. den Hoden vergrössert, etwas blässer als gewöhnlich, an der Albuginea gestreift und punctirt, an der Schnittfläche mit zahlreichen Tuberkel-ähnlichen blassen Knötchen versehen.

Menzel (Triest).

F. Tréhyon. Traitement de la goutte et de la gravelle par le benzoate de lithine ferrugineux ou sans fer.

(Revue de Thérap. med.-chirurg. 1877. No. 6.)

Vor allen anderen Lithion-Präparaten empfiehlt sich zur Bekämpfung der Harnsäure-Diathese das benzoesaure Lithium. Denn im Gegensatz zu jenen ist es in Wasser leicht löslich, und zweitens kann die Benzoesäure, durch ihre Umwandlung in die stickstoffhaltige Hippursäure, der Harnsäureausscheidung direct entgegen wirken. Statt der schwerlöslichen Urate, welche allgemein als die Ursachen der gichtischen Beschwerden angesehen werden, erscheinen leicht lösliche hippursaure Alkalien und Erden, welche der Organismus mit dem Harn ausscheidet. Die Erfahrung hat obige Voraussetzungen in der That bestätigt. Bei fortgesetztem Gebrauch des benzoesauren Lithium werden die gichtischen Anfälle seltener und milder und die Knochenschmerzen schwinden.

Ausführlichere Mittheilungen sind in Aussicht gestellt.

A. Hiller (Berlin).

C. W. Brown. Analysis of one hundred and nine cases of rheumatism treated with salicylic acid and salicine (with tables).

(Bost. med. and surg. Journal 1877. Vol. I. p. 175.)

Sämmtliche acute Fälle sind im Boston City Hospital seit Febr. 1876 von Anfang an mit Salicylsäure behandelt worden. Sie betreffen 59 Männer und 50 Weiber; davon hatten 57 den Anfall zum 1. Male, 32 zum 2., 10 zum 3., 1 zum 4., 1 zum 5., 3 zum 7. Male gehabt. Bei 5 Fällen waren mehrmals Anfälle von acutem Rheumatismus vorgekommen. Unter 63 Fällen war das Herz 38 Mal normal, bei 24 beim Eintritt in die Behandlung bereits afficirt. 3 Mal entstand der Process nach der Aufnahme, 1 Mal nach Ablauf des Rheumatismus, 1 Mal nach Beendigung des ersten Anfalls. Vergleicht man diese Zahlen mit der früher von Blake geübten Behandlung mit Alkalien, so waren damals 13%, jetzt nur 7% mit Herzaffectionen behaftet. Durchschnittlich erfolgte die erste Besserung in 1,46 Tag (3 Stunden bis 4 Tage), die Heilung in 2,85 Tag (12 Stunden bis 15 Tagen). Die mittlere bis zur Besserung verbrauchte Menge betrug 154 Gran (30—210 Gran), bis zur Heilung 531,22 Gran. 2 Kranke starben, 1 an Pericarditis, 1 an Gehirnleiden, 18 hatten 1, 3 hatten 2, 1 hatte 4 Relapse; sehr häufig traten nach dem Freiwerden der Gelenke anderweitige Schmerzen gelegentlich ein. Uebelkeit und Erbrechen erfolgte 20 Mal, Brennen im Magen 1 Mal, Kopfschmerzen 6 Mal, Sausen in den Ohren 19 Mal, Taubheit 10 Mal, Delirium 2 Mal.

Fast alle Personen mit nervösen Erscheinungen waren arme Leute. In Folge der Salicylsäure fiel die Temperatur nie unter die Norm.

Der Effect auf Puls und Respiration war geringer und langsamer. Die Dosis betrug 10 Gran stündlich bis zur Herstellung. Oft wurde im Anfang stündlich eine Dosis gegeben, mit Nachlass der Schmerzen seltener. Nur 6 Fälle sind mit Salicin behandelt, seine Wirkung erschien aber schwächer. **Pilz** (Stettin).

O. Sprengel. Ueber die Luxation des Vorderarms nach aussen mit Interposition des Epicondylus internus.

Inaug.-Diss. Marburg. 1877.

Verf. hatte Gelegenheit folgende 2 Fälle der seltenen Luxationsform in der Roser'schen Klinik zu beobachten.

1) 15jähriger Pat., Sturz vor 13 Wochen auf die vorgestreckte rechte Hand. Bei der Aufnahme fand man den Arm in gestreckter Stellung mit minimaler Beweglichkeit im Ellbogengelenk. Stelle des Epicondylus int. leer, von dem Epicondylus selbst nichts zu fühlen; innerer Theil der Trochlea deutlich prominirend und nur von der Haut bedeckt. Roser resecirte den Gelenktheil des Humerus und zwar von der vorderen Seite des Gelenkes her, vermittelst eines Kreuzschnittes auf die Trochlea. Es zeigte sich dabei, dass der Epicond. int. am unteren Rande der Trochlea, zwischen ihr und dem Olecranon, seine Stellung genommen hatte. Da er durch Verwachsung mit der Umgebung völlig fest lag, wurde er im Gelenk zurückgelassen. Heilung mit gutem Endresultat.

2) Der zweite Fall bot ganz ähnliche Symptome. Auch hier war die Verletzung vor langer Zeit geschehen, eine etwaige Reposition unwahrscheinlich. Da aber eine Beugung bis zu einem rechten Winkel möglich war, so wurde auf weitere Heilversuche verzichtet.

Als Vorzüge für die im ersten Falle in Anwendung gebrachte Resectionsmethode führt Verf. an, dass es zunächst genügt, zum Zweck der rechtwinkligen Stellung des Armes das untere Ende des Humerus zu reseciren. Ferner ist die Operation wegen des Vorliegens der Trochlea ungleich leichter und mit viel geringerer Verletzung auszuführen und es werden hierbei die Insertionen sämmtlicher Muskeln erhalten.

S. unternahm ferner Experimente an der Leiche über das Zustandekommen obiger Luxationsform.

Da es nicht möglich war, die fragliche Luxation in der Weise künstlich zu erzeugen, dass ein Bruch des Epicondylus sie complicire, so wurde letzterer nach vorausgegangenem kleinen Hautschnitt mit Hülfe eines Meissels in der ungefähren Grösse einer halben Haselnuss abgesprengt. — Vermittelst einer leichten Pronation und Dorsalflexion des Vorderarms konnte sodann die Luxation zu Stande gebracht werden. Durch die halbe Pronationsstellung waren die Theile, welche die Kapsel spannen und mit dem Epicondyl. int. zusammenhängen, erschlafft. So entstand für die Kapsel die Möglichkeit sich einzu-

klemmen und das an ihr haftende Stück des Epicondyl. int. nach sich zu ziehen, so dass das letztere zum grössten Theil in den Raum zwischen Trochlea und Olecranon verschwand. Machte man die Pronation noch bedeutender, so wurde das abgesprengte Knochenstück vollständig in das Gelenk hineingetrieben. Die Beweglichkeit des Gelenks war beeinträchtigt, doch konnte man constatiren, dass das interponirte, der Trochlea dicht anliegende Knochenstück, den Bewegungen entsprechend, sich nach vorn und hinten verschob, daher bis zu einem gewissen Grade Bewegungen zuliess. Auf die Weise mag auch beim Lebenden eine Art von Beweglichkeit, wenn auch nur unvollkommen, sich herstellen.

Was das Zustandekommen der Luxation beim Lebenden anbetrifft, so liefert wohl ohne Zweifel die halbe Pronationsstellung und Dorsalflexion für dieselbe die günstigsten Bedingungen. Die Absprengung des Epicondylus internus kann nach S. ausser durch Zug des lig int. (Hüter), oder durch Muskelwirkung (Nicoladoni), möglicherweise auch dadurch entstehen, dass in Folge des die Luxation hervorrufenden Stosses zunächst das Olecranon nach der Innenseite des Ellbogengelenks, also in der Richtung nach dem Epicondylus hin getrieben wird, und dass vielleicht in manchen Fällen der Haken des Olecranon im Stande ist, einen directen Einfluss geltend zu machen, d. h. zur Absprengung des Epicondylus beizutragen.

Für die Reposition empfiehlt Verf. kräftige Supination, um dadurch das Olecranon nach Möglichkeit auf seine innere Kante zu stellen, was noch durch einen directen Druck auf die innere Kante des Olecranon unterstützt werden kann. Damit soll man noch eine schiebende gegen den Epicondyl. int. hin tendirende Bewegung combiniren. Die Kapselfalte wird so ausgeglichen und dadurch secundär auch auf den abgesprengten Epicondylus am besten eine Wirkung ausgeübt.

Liegt der abgesprengte Epicondylus sehr tief zwischen Trochlea und Olecranon, so werden die Repositionsversuche schwerlich zum Ziele führen. Hier würde eventuell die Resection in Frage kommen.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Th. Annandale. On excision of the joint between the os calcis and astragalus.

(Edinburg med. Journal 1877. Jan. p. 584.)

A. empfiehlt zur Operation folgende Schnittführung: der Fuss stark extendirt liegt mit dem Innenrande auf, ein Schnitt beginnt 1″ über dem äusseren Knöchel und geht längs seinem hinteren Rande im Bogen nach abwärts und vorn bis zum Calcaneo-Cuboid-Gelenke, indem die Peronealsehnen nach aussen gezogen sind; somit läuft der Schnitt längs dem inneren Rande der Sehne des Musc. peron. brevis; der 2. Schnitt beginnt an der Innenseite des jetzt auf dem äusseren Fussrande liegenden Fusses an der Spitze des inneren Knöchels

entlang der Sehne des M. tibial. post. bis zum Höcker des os naviculare, indem die Sehnen sowie auch N. und Art. und Ven. Tibiales posterior. nach hinten abgezogen sind. Die erkrankten Knorpel- und Knochenpartieen werden mittelst Meissel und Hammer entfernt. Ein von A. in dieser Weise operirter Fall (22jähriges Mädchen) wird genauer mitgetheilt; nach 4 Wochen war volle Heilung eingetreten; die Bewegungen im Fussgelenke blieben unbehindert. —

Pils (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

Waldhauer. Ein Vorschlag zur Barackenfrage.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 12. p. 97.)

Bei soliden Baracken kommt der Bettraum mindestens so theuer zu stehen, als in Massenbauten; die Nothbauten sind billiger, aber im Winter nicht erheizbar. Es liegt sonach die Aufgabe noch vor, ein billiges Baumaterial zu finden, um dauerhafte und heizbare Baracken wohlfeil herzustellen. Als solches möchte Verf. den Torf in Form der gewöhnlichen Torfziegel empfehlen, die in einem rohen, hölzernen Gerüst mit Kalkmörtel verbunden und beworfen der Kälte und dem Regen trotzen.

Mögling (Tübingen).

E. Wiss. Ueber die Anwendung des Peruvianischen Balsams.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 48.)

W. hat den Perubalsam bei allen Arten von Wunden, Schnittwunden, zerrissenen Wunden, Wunden mit Substanzverlust, eiternden Wunden etc. mit sehr gutem Erfolge angewandt. Wenn der Balsam auf die Wunde gebracht wird, so erzeugt er ein momentanes Brennen, dann aber hört jeder Schmerz auf. Perubalsam befördert nach W. die prima intentio; bei entzündeten, eiternden Wunden lässt Entzündung und Eiterung bald nach. Der Perubalsam hat nach W. eine antiseptische Wirkung. — Auch empfiehlt W. die innerliche Darreichung desselben bei chronischen Lungenkatarrhen (4,0 : 120 als Emulsion mit Eigelb, 2stündl. 1 Esslöffel voll).

Tillmanns (Leipzig).

Bollinger. Taenia Echinococcus bei einem wuthverdächtigen Hunde.

(Deutsche Zeitschr. f. Thierm. u. vergl. Pathol. Bd. III. Hft. 3. p. 213.)

Bei einem 9monatlichen Hunde, welcher auffallende Symptome der Wuthkrankheit gezeigt hatte und nach 3tägiger Krankheitsdauer gestorben war, fand sich bei der Section als einziges causales Moment eine hämorrhagische Enteritis, bedingt durch zahlreiche Exemplare von Taenia Echinococcus. Schwellung der Milz und der Mesenterialdrüsen, sowie Hyperämie des Gehirns und seiner Häute werden als Folgezustände aufgefasst.

A. Hiller (Berlin).

Doutrelepont. Zwei Fälle von Extraction von Fremdkörpern.

(Correspondenzblatt der ärztlichen Vereine in Rheinland 1877. No. 19.)

Ein sehr muskulöser Mann erhielt einen Messerstich unter die linke Scapula. Der Thäter sprang zur Ausführung der That auf den Tisch und stach seinen ihm gegenübersitzenden Gegner von oben und vorn, wobei er jedoch von diesem zurückgestossen wurde. Bei diesem Stosse ist die Messerklinge wahrscheinlich gegen die Spina scapula abgebrochen. Diese scharfe und spitze 7 Ctm. lange, 1,5 Ctm. breite Klinge lag nun 20 Monate zwischen Teres major und minor, ihre Spitze gegen die Achselhöhle und gegen die Rippen gerichtet, ohne Entzündung hervorzurufen, bewirkte aber heftigen Schmerz durch Druck auf den N. ulnaris und die Intercostalnerven. Nach der Extraction rasche Heilung der Operationswunde.

Ein 27jähriger Mann hatte sich einen Glasstab, wie die Chemiker zum Mischen der Flüssigkeiten gebrauchen, in die Harnröhre eingeführt, wobei der Stab zerbrach und ein Stück sitzen blieb. Bei Extractionsversuchen dringt dasselbe immer tiefer in die Harnröhre. Urethrotomia externa vergeblich, da der Stab bereits in die

Blase gedrungen. D. sah den Pat. 3 Tage später. Durch die Incisionswunde am Damm eingeführte Zangen fassten den Fremdkörper, konnten ihn aber nicht von der Stelle bewegen, da er von der stark contrahirten Blasenmuskulatur festgehalten wurde. Verlängerung des Schnittes bis zur pars prostatica und Erweiterung derselben durch den Finger. Der Glasstab lag von hinten nach vorn. Ein Assistent drückte den in einer Zange festgehaltenen Stab gegen die vordere Blasenwand. D. fasste das andere Ende desselben mit einer zweiten Zange und extrahirte so den Stab, der 10 Ctm. lang und $1/2$ Ctm. dick war. Rasche Heilung.

Madelung (Bonn).

B. Stilling. Neuralgie im Gebiete des n. infraorbitalis, mandibularis u. s. w. Resection des n. infraorbitalis. Heilung unter Lister nach 11 Tagen, ohne Fieber, ohne Eiterung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1876. No. 52.)

Die 72jährige Patientin klagte über heftigste Schmerzen im Gebiete des n. infraorbitalis, minder heftig waren dieselben im Gebiete des n. alveolaris, zygomaticus, mandibularis und mentalis. Durch die äussere Untersuchung war nirgends etwas Abnormes in den Weichtheilen und den Knochen bei der übrigens sonst gesunden Frau zu entdecken. Alle möglichen inneren und äusseren Mittel waren erfolglos, die Kranke verfiel in hohem Grade, wagte nicht mehr zu essen oder zu sprechen. — Resection des n. infraorbitalis in der gewöhnlichen Weise. — Mit Ausnahme des einige Male unterbrochenen Spray wurden alle Lister'schen Vorschriften beobachtet. Schnitt längs des unteren Randes der Orbita, Ablösung des Periost des Bodens der Orbita bis zu der Stelle, wo der Canalis infraorbitalis in den offenen Halbcanal übergeht, quere Durchschneidung (an dieser Stelle) des n. infraorbitalis mit einem kurzen Knochenmesserchen, mit dem S. bis in die Highmorshöhle drang. Dann Längsschnitt durch die Wangen und Blosslegung der Austrittsstelle des n. infraorbitalis aus dem Foramen infraorbitale, Präparation des Nervenstammes und eines Theils seiner Verästelungen, Durchschneidung der letzteren und Ausziehung eines etwa 2 Ctm. langen Stücks des Nervenstamms aus dem Canalis infraorbitalis. — Catgut-Naht. Occlusionsverband mit Salicylwatte und Mullbinden. Kein Fieber. Nach 6 Tagen erste Erneuerung des Verbandes. Alles war per primam geheilt. Am 9. Tage Pat. ausser Bett, am 11. Tage definitive Heilung. »Kein Tropfen Eiter«, »kein Wundsecret«, kein Fieber.

Tillmanns (Leipzig).

C. Wagner. Case of sublingual follicular cyst, with sebaceoid contents.

(Archives of clin. surg. Vol. I. p. 261.)

Ein 41jähriger Mann hatte seit 15 Jahren eine Anschwellung unter der Zunge, welche seit einem Jahre stark gewachsen war; dieselbe war oval und reichte von den Schneidezähnen bis zum Zungengrunde, erschwerte erheblich Sprechen und Schlingen und hinderte Pat. an der Aufnahme fester Nahrung. Die Incision entleerte $3^1/_2$ Unzen dicker gelblicher stinkender Masse; ein Stück der Cystenwand wird entfernt; Heilung durch Suppuration. Die mikroskopische Untersuchung, und die chemische Analyse wiesen reichliche Mengen von Cholestearin nach. Fairlie Clarke beschreibt einen ähnlichen Tumor; eine Abbildung ist beigegeben.

Derselbe. Case of nasal vascular myxoma.

(Ibid. p. 262.)

Ein 39jähriger Mann litt seit 5 Jahren an Verstopfung der rechten Nase mit stinkendem Ausflusse. Die Nasenhöhle zeigte sich von einer breit am Sept. cartil. und Vomer aufsitzenden weichen elastischen Masse ausgefüllt, der hintere Nasenabschnitt war frei; Entfernung mit dem Messer, da die Schneideschlinge nicht anzulegen war. Einige Zeit nach der blutlosen Operation heftige bis zur Syncope führende Blutung: Tamponade. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein gefässreiches Myxom.

Pilz (Stettin).

Knight. Hypertrophy of the adenoid tissue at the vault of the pharynx.

(Bost. med. and surg. Journal 1877. Vol. 1. p. 225.)

Vorstehende Affection wurde bei einem jungen Manne gefunden, der über Verstopfung der Nase, Beeinträchtigung der Sprache und Schwerhörigkeit klagte. Die Hyperthrophie dieses von Luschka zuerst beschriebenen Gewebes wurde besonders von Mayer (Copenhagen) näher gewürdigt. Die Schwellung kann mehr rundlich und fest sein oder weich, herdweis, leicht blutend. Meyer empfahl die Entfernung mittelst eines ringförmigen Messers, welches auf dem Boden der Nasenhöhle eingeführt wird. In einigen Fällen reichte K. mit Höllensteinätzungen aus, im vorliegenden Falle liessen sie im Stich; die Entfernung mit galvanokaustischer Schneideschlinge bewirkte dann wirkliche Heilung. **Pilz** (Stettin).

F. Franzolini. Aneurisma misto dell' Aorta asendente trattato coll' Elettro puntura.

(Giornale Veneto di science med. 1877. Jan.)

Der Kranke war 54 Jahr alt und das Aortenaneurysma ragte aus der rechten Thoraxwand von der 3. bis 6. Rippe rechts vom Sternum hervor. Es wurde zweimal die Electropunctur nach den Vorschriften von Ciniselli angewendet. Der Kranke starb 198 Tage nach der ersten und 84 Tage nach der zweiten Punctur durch Berstung des Aneurysma in den rechten Pleurasack. Die Extraction der Nadeln war bei der 2. Sitzung so schwierig, dass man dieselbe mit der Zange vornehmen musste. Entsprechend den Einstichspuncten der Nadeln fanden sich geringe Coagula vor.

Der Fall wäre für Electropunctur gewiss sehr günstig gewesen, da das grosse Aneurysma nur durch eine ganz kleine Oeffnung mit der Aorta communicirte.

Menzel (Triest).

A. Wiegandt. Ein Fall von Perivaginitis phlegmonosa dissecans.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1876. No. 37.)

Eine 32jährige Soldatenfrau, II para, zuletzt vor 4 Jahren entbunden, erkrankte einige Tage nach Aufhören der letzten Menstruation mit Fieber, starken Schmerzen im unteren Theile des Unterleibes und in den Genitalien, Blutungen und stinkendem Ausfluss aus der Scheide. Bei der Aufnahme in's Hospital fand sich die Innenfläche der lab. maj. mit oberflächlichen Exulcerationen und blutig-eitriger, stinkender Flüssigkeit bedeckt. Gangrän der lab. min.; die Vaginalschleimhaut geschwollen, exulcerirt. Am 7. Tage nach der Aufnahme der Kranken wurde aus den Geschlechtstheilen ein schlauchartiger Körper ausgestossen, bestehend aus der Vagina (Schleimhaut und Muskelschicht), nebst einem Theile der port. vag. uteri. Nach 3 Monaten Heilung ohne Verwachsungen. — Pat. wurde später schwanger und im 7. Monate der Gravidität vom Verf. untersucht; die Scheide war so eng, dass der kleine Finger nur zum Theil eindringen konnte.

W. Grube (Charkow).

Monod. Lipôme intra-musculaire developpé dans la gaîne du vaste interne.

(Bulletin de la société anatomique de Paris 1876. p. 505.)

An der inneren und vorderen Fläche des Kniees sass anscheinend mit dem Vast. int. verwachsen eine faustgrosse, aus 2 differenten Theilen bestehende weiche, pseudofluctuirende Geschwulst, die als Fibro-Lipom gedeutet wurde. Operation. Nach Durchtrennung der Haut musste erst eine dünne Muskellage durchschnitten werden; das Lipom wog 430 Grm. und reichte mit seinem unteren Abschnitte tief in den Muskel hinein. **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Marienstrasse No. 3, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. Sonnabend, den 2. Juni. **1877.**

Die Taxis des seitlichen Abbiegens und der Mechanismus der Kotheinklemmung.

Von

Dr. **Hermann Lossen**,

a. o. Professor der Chirurgie.

II. Theil.

(Fortsetzung.)

Wer in den Verhandlungen des IV. Deutschen Chirurgencongresses die beiden von Busch und mir über den Mechanismus der Brucheinklemmung gehaltenen Vorträge liest, der wird manchen gegnerischen Einwurf meinerseits unwiderlegt finden, vielleicht auch für unwiderleglich halten. Ich habe daher nach längerer Pause die Frage wiederum aufgenommen und, wie ich glaube, vorurtheilsfrei geprüft. Die nachstehenden Blätter geben die Resultate.

Inzwischen sind noch zwei bemerkenswerthe Arbeiten über den-

selben Gegenstand erschienen von Hofmokl*) und Paul Berger**). Ich werde an geeigneter Stelle auf dieselben zu sprechen kommen und sowohl die bestätigenden Ansichten verwerthen, als auch die Differenzpuncte näher erörtern.

Die Controverse mit Busch bewegt sich lediglich auf dem theoretischen Gebiete. Die Taxis des seitlichen Abbiegens, wie sie sowohl von Busch als von mir empfohlen wird, bleibt, mag die Entscheidung der Frage fallen wie sie will, unverändert, nur der Grund ihrer Wirksamkeit ist ein verschiedener.

Gehen wir auf den Vortrag Busch's näher ein, so kann derselbe füglich in 3 Abschnitte zerlegt werden.

Im ersten wird nach einer kurzen historischen Einleitung die Blähung, »die Streckung«, der eingeklemmten Darmschlinge durch den Ueberdruck auf die freie***) Darmwand erklärt und eine Parallele gezogen mit der Sims'schen Dampfmaschine und dem Bourdon'schen Manometer. Ich habe gegen diese Erläuterungen durchaus Nichts einzuwenden. Sie erklären in anschaulicher Weise die Blähung der Schlinge, sowie die Scarpa'sche Winkelstellung am Rande des Bruchringes. Nur Eines möchte ich diesen unzweifelhaft richtigen Erklärungen beifügen. Die Sims'sche Dampfmaschine arbeitet nur so lange, als der Dampf unter einem gewissen Drucke den Querschnitt des Kolbens trifft; der Zeiger des Bourdon'schen Manometer's wird nur so lange einen positiven Ausschlag geben, so lange Dampf von bestimmter Spannung einströmt. Was folgt hieraus für den Darm? Die Darmschlinge wird sich so lange blähen, »gerade strecken«, als der Druck im zuführenden Ende steigt; sie wird so lange in dem geblähten, am Bruchringe abgeknickten Zustande verharren, so lange ein gewisser Druck constant bleibt. Ich glaube diese Folgerung um so mehr betonen zu müssen als Busch durch seine Abknickungstheorie die Annahme eines constanten Druckes im zuführenden Schlingenende und in den zunächst gelegenen oberen Darmpartien unnöthig gemacht zu haben glaubt und Einige dies ohne Weiteres als richtig anerkennen. So wirft König in seinem Lehrbuche der speciellen Chirurgie†) meiner Theorie vor: »Die Schwierigkeiten der Uebertragung der Versuche von Lossen auf einen grossen Theil von Brucheinklemmungen, wie sie im Leben vorkommen, beruht in dem Nachweis des constant bleibenden Druckes im zuführenden Rohr«, und sagt unten††): »Dahingegen sind wir doch für eine Reihe anderer Fälle, bei welchen solche Druckverhältnisse im zuführenden Rohre nicht existiren, darauf hin-

---

*) Wiener med. Presse 1876. No. 3, 4, 5, 7.

**) Archives générales de médécine 1876. August- und October- Hft.

***) Unter »freier« Darmwand verstehe ich die vom Mesenterium frei gelassene Darmwand im Gegensatze zur »mesenterialen«.

†) II. Theil p. 155.

††) A. a. O, p. 157.

gewiesen, vorläufig an der Annahme des Roser'schen resp. des von Busch geschilderten Mechanismus festzuhalten«.

Für den Roser'schen Mechanismus, das gebe ich gern zu, bedarf es keines constanten Druckes; zuführendes und abführendes Rohr sind hier leer. Für die durchaus nicht auf gleiche Stufe zu stellende Busch'sche Theorie, welche seit meinen Experimenten ein Offenbleiben des zuführenden Schenkels anerkennt*), ist der constante Druck in demselben gleich nothwendig, wie für die meinige. Wie wenig es überhaupt angeht, die beiden Einklemmungsarten nebeneinander zu stellen, oder gar zu identificiren, beweist eine Betrachtung ihrer vorzüglichsten Bedingungen.

Der Roser'sche Versuch erfordert eine nur geringe Füllung der einzuklemmenden Darmschlinge, er verlangt ein vollständiges Leersein der beiden Darmenden, sowohl des zuführenden als des abführenden, er gelingt bei einem einfachen Zug an der Darmschlinge, zuweilen bei einem Druck auf ihren Scheitel. Der Busch'sche Versuch erheischt ein jedenfalls anfangs offenes, von nachrückender Flüssigkeit erfülltes zuführendes Ende, welches übrigens auch später immer noch eine »kleine Communication«**) zeigt. Die Einklemmung der bis auf's Aeusserste gedehnten Schlinge wird nicht etwa durch den Zug oder den Druck der Hand erzeugt, sondern durch die unter einem gewissen Druck nachrückende Flüssigkeit. Die geblähte Schlinge des Experimentes fällt zusammen, sobald der Druck von oben nachlässt. Am lebenden Darm soll sich das freilich anders verhalten, wie dies Busch eines Längeren auseinandersetzt. Ich werde auf diese Betrachtung weiter unten noch zu sprechen kommen. Hier gilt es nur, die Verschiedenheiten des Roser'schen und Busch'schen Experimentes und die thatsächliche Verschiedenheit der darauf sich stützenden Theorien nachzuweisen. Wer mit Aufmerksamkeit beide Versuche nachmacht, der muss, meine ich, zu dem gleichen Schlusse gelangen. Ich weiss in der That nicht, wie man die Verschiedenheit nur in der Erklärung des Vorganges suchen kann.

Nachdem Busch das Offenbleiben des zuführenden Schlingenendes in dem von ihm angegebenen Einklemmungsversuche anerkannt, dreht sich der ganze Streit nur noch um den Verschluss des abführenden Endes. Ist die Abknickung die Ursache oder die Folge des Verschlusses am abführenden Ende? so lautet die Frage. Wir kommen damit zu dem zweiten Abschnitte des Busch'schen Vortrages.

Beginnen wir, um jedem Missverständnisse zu begegnen, mit des Autor's eigenen Worten***): »Was geschieht nun mit einem elastischen Rohre, gleichviel ob es leer ist, oder ob es mit einer nach-

*) Busch a. a. O. p. 81.
**) S. Busch a. a. O. p. 81.
***) S. Busch a. a. O. p. 68.

giebigen Masse gefüllt ist, wenn wir es über eine vorspringende Kante oder Fläche in einer Richtung anziehen, etwa wie sie der letzte Pfeil unterhalb des Bruchringes bei b*) andeutet, während das Rohr oberhalb dieses Vorsprunges befestigt ist. Wie Sie hier an diesem durch einen Metallring gezogenen Kautschukschlauche sehen, nähern sich die Wände zuerst und, wenn die Kraft wächst, so werden sie durch den Zug eng auf einander gepresst. Ich nannte diesen Zustand nach einer herkömmlichen Bezeichnung »das Rohr wird abgeknickt,« und ich finde auch jetzt keine bessere Benennung für denselben.«

In der That kann man den vollständigen Verschluss eines elastischen, oder sagen wir sofort, eines Darm-Rohres auf diese Weise zu Stande kommen sehen. Der Vorgang wird um so anschaulicher, je weniger verwirrendes Beiwerk ihn begleitet. Wir werden daher den Versuch so anzustellen haben, dass weder eine Blähung des zuführenden Endes, noch eine Verkeilung durch herabrückendes Mesenterium den Verschluss des abführenden Endes complicirt. Wir wählen zu diesem Zwecke ein bereits früher von Busch angegebenes Experiment**), welches wir nur insofern modificiren, als das Mesenterium von der Darmschlinge abgetrennt wird.

Ein mässig langes, von Gekröse befreites Darmstück wird an dem einen Ende über eine Glasröhre gebunden und nun als Schlinge in der Weise in den Holzring gelegt, dass die Röhre bis unterhalb des Bruchringes reicht. Wird nun durch die Glasröhre hindurch Luft in die Schlinge getrieben, so kann sich offenbar das zuführende Darmende, hier die Glasröhre, nicht aufblähen, nur die anfangs schlaff herabhängende Darmschlinge dehnt sich aus und zieht, um mehr Luft aufnehmen zu können, vom abführenden Ende her Darm nach. Hätten wir das Mesenterium nicht abgetrennt, so würde nun eine Verkeilung des abführenden Endes durch das nachrückende Gekröse eintreten, wie ich dies schon früher***) nachgewiesen habe. So aber gleitet der Darm ungehindert nach abwärts und schlüpft schliesslich aus der Bruchpforte heraus. Bis zu diesem Puncte war ich bei einer früheren Controle des Busch'schen Versuches gelangt. Da entgegnete mir Busch in seinem Vortrage†): »Wenn man den Seitendruck des Mesenteriums im Bruchringe eliminiren will, so darf man nicht gleichzeitig die bei diesen Vorgängen wichtige Function des Mesenteriums, dass es den Darm fixirt, ebenfalls eliminiren, oder muss sie durch etwas Anderes ersetzen«. Gut! Suchen wir den Darm am abführenden Ende zu befestigen, ohne den Seitendruck des Mesenterium's††) in Wirkung treten zu lassen. Es geschieht dies

*) Es bezieht sich dies b auf eine dem Busch'schen Aufsatze beigefügte Figur. Die Richtung des erwähnten Pfeiles ist eine um ca. 45° zur Ebene des Bruchringes geneigte.

**) Centralbl. f. Chir. Bd. 1. p. 530.

***) Centralbl. f. Chir. Bd. 2. p. 35.

†) A. a. O. p. 73.

††) Es begegnet uns hier zum ersten Male bei Busch die Bezeichnung: »Seitendruck des Mesenteriums«. Wie ist das Mesenterium an sich im

wohl am zweckmässigsten und einfachsten mittelst Stecknadeln, welche das äusserste Ende der Schlinge auf dem Cigarrenkastenbrettchen festspiessen. Man erreicht so eine hinlängliche Befestigung und verschliesst das Lumen des Darmes nirgends. Das Anspiessen kann auf vierfache Weise bewerkstelligt werden.

1. Das abführende Schlingenende wird mit 2 oder 3 Nadeln, welche beide Darmwände, die mesenteriale wie die freie, durchsetzen, befestigt.

2. Eine Nadel fixirt beide Darmwände; sie ist gerade durch die Ansatzstelle des Gekröses gestochen.

3. Die mesenteriale Wand des schräg abgeschnittenen Schlingenendes ist allein mittelst einer Nadel durchstochen und befestigt.

4. Nur die freie Darmwand wird auf dem Brettchen angespiesst.

In Versuch 1, 2, 3 entsteht, sobald man die Darmschlinge aufbläst, der Verschluss durch Abknickung. Die sich blähende Schlinge zerrt an dem abführenden Ende mit solcher Stärke, dass die beiden Darmwände über der Kante des Bruchringes fest auf einander gezogen werden. Auf die von Hause aus kürzere mesenteriale Wand scheint es hierbei besonders anzukommen, denn während Versuch 3 — alleinige Befestigung der mesenterialen Wand — den Verschluss regelmässig erzeugt, misslingt derselbe bei Versuch 4 — alleinige Befestigung der freien Darmwand — ebenso regelmässig.

Nicht minder wichtig für das Zustandekommen des Verschlusses ist die vorspringende Kante am Bruchringe und der Winkel, unter welchem der Darm über diese Kante abgebogen ist. Am sichersten tritt Absperrung ein, wenn das abführende Ende in einem Winkel von 90° zur Axe der Bruchpforte steht, also in der Bruchpfortenebene befestigt ist. Legt man dicht an den Rand der Pforte ein Korkkeilchen, und befestigt auf demselben das Schlingenende, so gelingt der Verschluss mit Sicherheit nur dann, wenn der Keilwinkel unter 25° beträgt; zwischen 25° und 45° kommt die Absperrung selten, über 45° nicht mehr zu Stande.

Es zeigen diese Experimente in der That einen absoluten Verschluss des abführenden Schlingenendes ohne Blähung des zuführenden Schenkels, ohne Verkeilung durch nachrückendes Mesenterium. Wir haben, so hoffe ich, hier die Form der Abknickung vor uns, wie sie Busch gesehen. Unerlässliche Bedingungen für den Vorgang sind 1. eine Kante, 2. eine Winkelstellung von mindestens 45°, 3. ein Zug von unten durch die ausgedehnte Darmschlinge, 4. eine straffe Befestigung mindestens der mesenterialen Wand.

Sind am Lebenden, bei Darmeinklemmungen, insbesondere bei der sogenannten Kotheinklemmung diese Verhältnisse vorhanden?

Stande, einen Seitendruck auszuüben, wenn nicht eine Verkeilung vorliegt, wie in dem Roser'schen Versuche? Soll es hier, wo das zuführende Ende nach Busch's eigener Angabe offen bleibt, und dem Gekröse Spielraum lässt, trotzdem nach der Seite drücken, so muss wohl im zuführenden Ende ein Druck angenommen werden, der sich auf das Mesenterium fortsetzt.

Punct 1 und 3 können unbestritten zugegeben werden. Punct 2 wird oft, jedenfalls aber nicht in allen Fällen zutreffen. Es erübrigt für Punct 4 die Parallele zu finden. Busch sagt einfach*): Das Mesenterium hält den Darm und hindert ihn weiter nach abwärts zu gleiten, wenn die sich blähende Schlinge am abführenden Ende zieht. Verstehe ich Busch recht, so meint er das zusammengefaltete Stück Gekröse, welches in der Bruchpforte zwischen beiden Darmenden liegt. Um den Darm zu befestigen und am Nachrücken zu hindern muss aber dieses Stück Gekröse selbst fixirt sein. Was hält nun dasselbe in seiner Lage? Etwa die Befestigung des ganzen Mesenteriums an der Wirbelsäule, oder die Insertionen des Mesocolon an der seitlichen Bauchwand? Aber man weiss, dass gerade Bruchkranke meist ein ausserordentlich schlaffes Mesenterium besitzen, dass das Gekröse des Dünndarms oft in seiner ganzen Breite bequem in das kleine Becken reicht, dass das Mesocolon transversum sowohl in die Leisten- wie in die Schenkelpforten ohne Zerrung eintritt. Oder verbietet der nach oben sich vergrössernde Querschnitt des Mesenterialkeiles ein weiteres Nachrücken? Nein, denn es ist ein Leichtes, die nach Busch eingeklemmte Darmschlinge sammt Mesenterium noch mehr nach abwärts zu ziehen und so eine Roser'sche Verkeilung zu Stande zu bringen.

Was fixirt denn nun aber das Mesenterium? fragen wir wieder. Es ist und kann nur sein das geblähte zuführende Darmende, nicht etwa dadurch, dass es durch Spannung der mesenterialen Wand den Gekrösekeil emporhält und fixirt, sondern durch seitlichen Druck.

Durch einen sehr einfachen Versuch ist dies auch direct recht anschaulich zu machen. Mit Zugrundelegung des Kocher'schen**) Experimentes wird eine am Mesenterium hängende Darmschlinge in einen $1^1/_2$—2 Ctm. weiten hölzernen Bruchring gezogen. Durch das fächerförmig ausgebreitete Gekröse sticht man die Klinge eines Scalpells, die Schneide nach oben gerichtet. Es bildet dieses, mit dem Rücken auf der Bruchpforte, mit der Schneide gegen den freien Rand des Mesenteriums gewandte Messer eine mediane Scheidewand zwischen zu- und abführendem Darmende und zwar eine bewegliche. Lässt man nun unter einem gewissen Druck Luft in das zuführende Ende einströmen, so tritt Abschluss des ausführenden Endes ein, sobald man die Scalpellklinge sich selbst überlässt. Dabei rückt das Mesenterium durchtrennt von der Schneide des Scalpells etwas nach abwärts. Hält man aber die Scalpellklinge während der Luftinjection in der Mittellinie fest, so brodelt stets Luft durch das abführende Ende. Ebenso hebt die kleinste Bewegung des Scalpells nach dem zuführenden Ende hin die zu Stande gekommene Absperrung wieder auf. Bei diesem Wechsel der Scheidewand bleiben die Verhältnisse am abführenden Schlingenende durchaus die gleichen, unter welchen

*) A. a. O. p. 73.
**) Centralbl. f. Chir. II. Jahrg. p. 4.

kurz vorher die Absperrung beobachtet wurde. Wäre sie nur von ihnen abhängig, so müsste sie trotz Verschiebung der Scheidewand fortbestehen. Am zuführenden Ende wird durch die oben erwähnte Bewegung des Scalpells in sofern eine Aenderung geschaffen, als seine mesenteriale Wand herübergedrängt wird. Dies Eine, das heisst die Aufhebung des Druckes seitens des zuführenden Endes, genügt, um die Absperrung zu heben, beziehungsweise nicht zu Stande kommen zu lassen.

(Fortsetzung folgt.)

Pertusio. Applicazione della carta bergamena alle fasciature chirurgiche.

(Giornale della r. accademia di Medicina Torino. No. 22.)

Auf Vorschlag des Dr. Lace hat P. versucht, den Kleisterverband, statt mit Leinwandbinden mit Pergamentpapierrollen anzulegen und sieht in dieser Anwendungsweise einige Vortheile. (Man kann gewöhnliches Papier dazu benutzen. Ref.) **Menzel** (Triest).

---

v. Langenbeck. Ueber die Regenerationsfähigkeit des Periosts und ihre praktische Verwerthung.

(Vierter Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

Ein seines Periosts in grosser Ausdehnung beraubter Knochen kann dieses neu bilden, ohne dass Nekrose erfolgt. Dass derartig neugebildetes Periost selbst wieder im Stande ist, den (nachträglich entfernten) Knochen neuzubilden, wissen wir aus Versuchen Bernhard Heine's. Nach den Erfahrungen v. L. ist nun neugebildetes und wiederum vom Knochen gelöstes Periost sehr lebensfähig, und man kann bei plastischen Operationen narbendurchsetzte, dem Knochen adhärente Hautstücke vorzüglich verwerthen, wenn man sie mit dem Periost zusammen ablöst.

Den ersten derartigen Versuch hat Verf. im Jahre 1854 erfolgreich bei einer Nachoperation an der bekannten, von Dieffenbach mit einer Nase aus der Armhaut versehenen »Polnischen Gräfin mit dem Todtenkopf« gemacht. Er benutzte zu einer Nachplastik narbendurchsetzte Stirnhaut von Stellen, an welchen 14 Jahre früher entblösster Knochen gelegen hatte; und der Lappen heilte prima intentione an.

Seither hat v. L. häufiger mit Knochennarben verwachsene Haut erfolgreich bei plastischen Operationen verwerthet.

Auch bei plastischem Ersatz von Knochendefecten ist die Methode anwendbar. v. L. zeigt die Photographie eines Mädchens, dem durch einen Schuss à bout portant die Stirnhöhlen in grosser Ausdehnung freigelegt waren. Der Verschluss derselben wurde 6 Monate nach der Verletzung durch narbige Haut und Pericranium erreicht, und

es erfolgte später durch Periostverknöcherung theilweise knöcherner Ersatz der vorderen Stirnhöhlenwand. Ganz ähnlich war der Erfolg bei einem 33jährigen Mann, der ebenfalls durch eine Schussverletzung eine weite Stirnhöhlenfistel acquirirt hatte. Theilweise Nekrosirung solcher Lappen sah v. L. nur bei sehr blutarmen Individuen, bei denen der Operation eine längere tonisirende Cur (Eisen) vorausgeschickt werden sollte. Von besonderer Wichtigkeit ist die Erhaltung des Periosts beim Verschluss von Gaumendefecten; man kann hier, wenn ein muko-periostealer Lappen brandig geworden, später das von der entblössten Gaumenplatte neugebildete Periost wieder zur Plastik verwerthen. v. L. hat in dieser Weise mit 2 Nachoperationen die angeborene Gaumenspalte eines 21jährigen Mädchens geschlossen. Bei einem 4 Ctm. langen und 2 Ctm. breiten syphilitischen Gaumendefect bei einem 41jährigen Mann gelang der Verschluss nicht vollständig, doch zeigte sich auch ein aus neugebildetem Periost geschnittener Lappen lebensfähig, während muko-periosteale Lappen abstarben.

A. Genzmer (Halle a/S.).

Sédillot. Du trépan préventif et hâtif dans les fractures vitrées compliquées d'esquilles. —

(Gaz. méd. de Paris 1877. No. 15.)

Anknüpfend an die ihm bekannt gewordene Bluhm'sche Statistik (Langenbecks Archiv Bd. XIX) kommt S. nochmals (vergl. dieses Blatt 1876. No 48. p. 759) auf die von ihm eifrig vertheidigte primäre Trepanation zurück.

In Bluhm's Statistik findet S. nur 271 Fälle zu einem Vergleiche geeignet, die er zusammenstellt wie folgt:

Primäre Trepanation .	52	Heilungen	43	Todesfälle
Secundäre Trepanation	54	-	64	-
Spättrepanation . . .	37	-	21	-

Von den 43 Todesfällen bei primärer Trepanation zieht Verf. ferner 15 Fälle als nicht von der Trepanation herzuleitende ab, was ein Verhältniss von 28 Todesfällen zu 52 Heilungen ergiebt. Dieses Resultat bezeichnet S. als sehr günstig und von den Schlüssen Bluhm's abweichend.

Zwei Böckel entlehnte Fälle erbringen S. neue Belege für die Vortheile der primären Trepanation.

1. Schädelfractur mit Depression ohne äussere Wunde; 3 Tage nach der Verletzung Trepanation wegen epileptiformen Anfällen, Krämpfen und Bewusstlosigkeit. Mehrere Splitter entfernt; Dura nicht verletzt. Völlige Heilung nach 2 Monaten. —

2. Quetschwunde des Schädels mit Fractur und Depression. Einige Secunden lang Bewusstlosigkeit. Lähmung der linken, unteren Extremität. Trepanation (wann?). 2 Splitter entfernt. Lähmung nach 6 Wochen verschwunden, vollständige Heilung nach 5 Monaten.

S. schliesst seinen Aufsatz mit folgenden, möglichst treu über-

setzten Worten: »Stellt man diese bemerkenswerthen Erfolge, mit allen denen, die wir schon berichtet haben und deren Zahl sich rasch mehrt, zusammen, so bleibt es ohne Zweifel, dass die Chirurgie zu den Regeln, denen sie vorübergehend entfremdet war, zurückkehrt und, zur Wahrheit zurückkehren, heisst fast sie zum zweiten Male finden.« — **Th. Kölliker** (Würzburg).

F. Rizzoli. Resezione ed asportazione dello Sterno etc.

(Bull. d. Soc. Med. Bologna. Ser. 5. Vol. 21.)

Nach Wiedergabe einiger einschlägiger Fälle von Baroni, Mazzoni u. A. erörtert R. die Gefahr der Verletzung der A. mammaria int. und citirt dafür einen Fall von Verneuil. Dann bespricht er die Möglichkeit von Eitersenkungen im Mediastinum anterius, die unter der tiefen Halsfascie eindringen, und anderseits durch die von Larrey entdeckte Diaphragmalücke zwischen Schwertfortsatz und 7. Rippenknorpel austreten und in die Scheide des M. rectus abdom. gelangen können.

Ausser dem von Hyrtl erzählten Falle dieser letzten Art kennt R. einen aus seiner eigenen Praxis, wo sich, nach jahrelanger Eiterung in der Gegend des 5. Rippenknorpels, ein Abscess in der Scheide des M. rectus abdom. bildete, der in erwähnter Weise mit der primären Wunde communicirte; R. machte mit Hülfe eines Katheters eine Gegenöffnung im Hypochondrium und brachte durch Drainage den Fall zur Heilung. —

Ein Fall von totaler Resection und Wiederersatz des Sternums betraf eine Frau, bei der sich im 17. Jahre eine traumatische Entzündung des Sternums und einiger Rippenknorpel ausbildete und während 12 Jahren unter Abstossung mehrerer Rippenknorpel sich hinzog. Nun aber kam es zu acuter Verschlimmerung, Eiterung, Dyspnoe, Hustenanfälle, durch welche der Eiter aus den Fisteln weit herausgespritzt wurde; Fieber, Verfall der Kräfte. R. fand damals das Manubrium vollständig, das Corpus partiell von Periost entblösst und necrotisch. T schnitt mit abwärts geneigten Schenkeln, Bildung dreier Lappen: das vom Corpus gelöste, nur an der Clavicula und den benachbarten Muskeln adhärente Manubrium wird herausgehebelt und abgetrennt. Zur Auslösung des Corpus war die Durchschneidung zweier Rippenknorpel jederseits — je drei waren schon gelöst — nöthig; der Schwertfortsatz blieb erhalten. — Reaction gering, Heilung ohne Zwischenfall mit Knochenneubildung. — 16 Jahre später constatirt R. starke Narbencontraction, wodurch $^2/_3$ des neuen Sternums mit Haut bedeckt sind und der Proc. xiphoid. hakenförmig nach vorn und oben umgestülpt ist. Das neue Sternum war 1 Ctm. kürzer, als das frühere, welche Verkürzung besonders das Corpus betrifft; rechte Clavicula 1 Ctm. tiefer, als die linke; diese letztere ist nach vorn und unten luxirt und abgeplattet. **Escher** (Triest).

M. Schüller. Ueber die Localbehandlung des chronischen Blasenkatarrhs.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 1—9.)

Aus der ausführlichen, besonders für den praktischen Arzt bestimmten Darstellung des Verf. möge Folgendes hervorgehoben werden.

Verf. constatirte durch Versuche an jungen, gesunden Hunden, dass eine künstlich hervorgerufene mechanische Hemmung der vollkommenen Entleerung der Blase im Stande ist, eine Veränderung der Urinreaction und wenn man will auch die Initialerscheinungen eines Blasenkatarrhs herbeizuführen. Ob die Veränderung der Reaction (neutral und alkalisch) durch die primäre Einwirkung sich anhäufender Bacterien oder durch eine Zersetzung der zugleich vorhandenen Schleim- und Epithelialzellen, oder endlich durch ein von diesen beiden körperlichen Elementen unabhängiges Ferment verursacht wird, lässt Verf. dahingestellt. Sch. erzielte diese Resultate experimentell, indem er bei jungen Hunden entweder von einem einzigen Stichpuncte aus subcutan eine carbolisirte Catgutschlinge mittelst einer gekrümmten Nadel um die pars bulbosa der Harnröhre zog oder nach Blosslegung der pars membr. urethrae durch einen medianen Hautschnitt einen Catgutfaden um die unverletzte Harnröhre führte. Die Schlinge wurde mässig angezogen und so eine Strictur erzeugt. Ein Katheter wurde niemals gebraucht. Regelmässig wurde der vor dem Versuche stark sauere Urin nach Anlegung der Strictur innerhalb 2 Tagen neutral und trübe, ja alkalisch. —

Bezüglich der Therapie des chronischen Blasenkatarrhs betont Sch. besonders, dass — natürlich abgesehen von sonstigen Indicationen — in erster Linie für eine vollständige Entleerung der Blase zu sorgen und zwar durch Ausspülung der letzteren mittelst eines gewöhnlichen Katheters oder mittelst eines Trichters mit Kautschukschlauch, der in einer conischen Horncanüle endet. Verf. verwandte 1 — $1^1/_2$ % Lösungen von Carbolsäure, 0,3 — 0,5 % Lösungen von Salicylsäure, 5 % Chlornatriumlösung, 0,05 — 0,2 % Lösungen von übermangansaurem Kali, 0,5 — 1 % Lösungen von Arg. nitr., sowie 1 — 2 % Lösungen von Chlorzink (von letzteren beiden 5 — 10 Grm. in die Blase nach der Ausspülung eingespritzt). Salicylsäure intern täglich 6 — 10 — 12 Grm. in Pulverform 14 Tage lang gegeben, blieb ohne jeden Erfolg auf die alkalische Reaction des Urins. Bezüglich der differentiellen Indication der verschiedenen local anzuwendenden Mittel kam Verf. zu dem Ergebniss, dass die Carbolsäure und das Kal. hypermang. sich besonders bei Blasenkatarrhen mit starker Zersetzung eignen, während sich die Salicylsäure bei vorwiegend eitrigen Katarrhen bewährte. Beim Vorhandensein dicker, zähschleimiger, massiger Niederschläge bewährten sich die Kochsalzausspülungen. Bei andauernder profuser Eiterabsonderung sind nach Sch. intercurrente Injectionen von 1 % Lösungen von Arg. nitr. oder 2 % Chlorzinklösungen zweckentsprechend. Bei Blasendiphtheritis sind stärkere Carboleinspritzungen »von unübertroffener Wirksamkeit«.

Verf. bespricht sodann unter Mittheilung passender Fälle 1) den chronischen Blasenkatarrh in Folge von Stricturen, 2) in Folge fortgeleiteter Entzündung, 3) bei Prostatahypertrophie, 4) bei Blasenlähmung, 5) den chronischen Blasenkatarrh bei Frauen. Ein kurzes Resumé über die differentiellen Indicationen der einzelnen medicamentösen Mittel bildet den Schluss.

Wir heben aus diesen meist nur Bekanntes wiedergebenden Mittheilungen Folgendes hervor: Bei sehr hartnäckigem, schwerem Blasenkatarrh (z. B. bei Zottenkrebs der Harnblase) macht Verf. auf die eventuelle Drainage der Blase aufmerksam, um der Harnstauung etc. am wirksamsten zu begegnen. Von der Punctionsöffnung des Blasenstichs soll ein Drainrohr von Kautschuk durch die Harnblase und im Grunde derselben durch den rechten oder linken Ischio-Rectalraum neben der Analöffnung nach aussen geführt werden. — Bei Blutung aus dem in der Beckenhöhle gelegenen Theile der Harnröhre, speciell aus der Prostata, lobt Sch. die Tamponade der »Rectaltasche«, wodurch Harnröhre und Prostata gegen die Symphyse comprimirt werden. — Für die Dilatation von Stricturen ist in der Greifswalder Klinik das Instrument von Stearns mit grossem Vortheil angewandt worden. — Bei der Punction der Blase macht Hüter gewöhnlich dicht über der Symphyse in der Mittellinie eine Incision durch die Haut und das subcutane Fett und sticht erst dann den Dechamp'schen Troikart durch diese Incisionsöffnung in die Blase. Die Voroperation empfiehlt sich besonders bei fetten, ödematösen Personen.

Tillmanns (Leipzig).

Antoniewicz. Operative Behandlung der Phimose trotz specifischer Geschwüre.

(Wiener med. Presse. 1876. No. 38.)

Fünf Krankengeschichten zur Erhärtung des Ausspruches, man möge sich durch das Bestehen specifischer Ulcerationen nicht abhalten lassen, die Phimose operativ zu beseitigen. Die Wunden heilten in allen Fällen ohne üblen Zufall, »ohne chankerös zu werden«; die Heilung der specifischen Geschwüre wurde beschleunigt.

Winiwarter (Wien).

E. Klink. Schankergeschwüre der Vaginalportion und der Scheide.

(Vierteljahrschr. f. Dermat. u. Syphilis 1876. Hft. 4. p. 542.)

Nachdem K. auf die Seltenheit der im Titel angeführten Vorkommnisse und auf die bezüglichen Mittheilungen von Michaelis, Reder, Zeissl, Baeumler, Kaposi, Ricord, Rollet, Desprès, Fournier und Henry aufmerksam gemacht hat, führt derselbe 8 einschlägige Fälle eigener Beobachtung aus dem St. Lazarushospitale in Warschau auf. Im 5. Falle (Schanker der Vaginalportion),

im 7. Falle (ulcerirender Knoten der Schleimhaut des Fornix) und im 8. Falle (Geschwüre der Vaginalportion und der Scheide) war Allgemeinsyphilis gefolgt. An diese Mittheilungen knüpft Autor kurze Erörterungen über Aetiologie, Diagnose, Symptomatologie, Prognose und Therapie der genannten Affectionen. Ganz richtig hebt K. hervor, dass bei äusserst zahlreichen Frauen bei der sorgfältigsten und häufigsten Untersuchung keine Spur einer Schanker-Sclerose, zuweilen nur weiche Geschwüre oder nur unbedeutende, weich bleibende, Erosionsstellen gefunden werden, welchen dennoch Allgemeinsyphilis folgt.

Kaposi (Wien).

Breisky. Ueber Atresia hymenalis.

(Prager med. Wochenschrift 1876. No. 7.)

B. berichtet über zwei Fälle von Atresia hymenalis, die er mit dem besten Erfolge operirte. Der Hymen war beide Male ziemlich dick und fleischig und wurde mittelst grossen Kreuzschnittes unter Carbolspray durchtrennt; es entleerten sich circa 1300—1500 Kbcm. dickflüssige dunkelbraunrothe Masse, die unter dem Mikroskope rothe, theils frische, theils geschrumpfte Blutkörperchen, und verhältnissmässig wenig weisse Blutkörperchen zeigte. Die Kranken wurden mit antiseptischem Salicylverband ins Bett gebracht und circa 8 Tage jede innerliche Untersuchung oder Application unterlassen. Beide Kranken waren ohne Fieber in etwa 4 Wochen geheilt. Die Scheide war bei beiden bedeutend verlängert und erweitert, sowie ansehnlich verdickt, dazu trat noch die Erscheinung einer ungewöhnlichen Contractilität.

B. ist der Ansicht, dass die Scheide nicht blos durch Retention des Menstrualblutes passiv ausgedehnt wurde, sondern dass auch durch die schubweise erfolgte Volumzunahme des Inhaltes die Muskelarbeit der Vaginalwandungen gesteigert und so die letzteren verdickt wurden und empfiehlt hierfür den Rokitansky'schen Terminus der »excentrischen Hypertrophie«. Bei der Operation wurde die Narkose benutzt, damit die Bauchpresse nicht wirken konnte, und hierdurch die Hauptgefahr, Berstung der Tubarblutsäcke mit consecutiver Perforationsperitonitis, möglichst vermieden wurde. B. richtet bei der Behandlung der Atresia hymenalis das Hauptaugenmerk dahin, dass:

1) das zurückgehaltene Blut möglichst freien Abfluss hat und

2) alle Manipulationen verhütet werden, welche Lufteintritt in das Genitalrohr bewirken könnten.

Urlichs (Würzburg).

Gosselin. De la fistule à l'anus chez les tuberculeux.

(Gaz. des hôpit. 1877. No. 12.)

G. ist der Ansicht, dass man bei abgemagerten Tuberculösen nur eine gewisse Varietät der Analfistel operiren solle, die sich durch ihre enorme Schmerzhaftigkeit auszeichne, und gewöhnlich sehr kurz

und von Callositäten umgeben sei. Oft seien Hämorrhoidalknoten der Sitz von Schmerzen, die vom Kranken der Fistel zugeschrieben werden.

Orchito-epididymite consécutive au cathéterisme.

(Ibidem.)

Zwei Kranke, Männer von 42 und 62 Jahren, wurden wenige Tage nach einem wegen Strictur unternommenen Katheterismus von acuter, sehr schmerzhafter Epididymitis befallen, die bei dem älteren Pat. in Eiterung übergeht. Bei jungen Leuten ist diese Erscheinung selten beobachtet.

Rétention d'urine avec mixtion par regorgement chez les accouchées et les hystériques.

(Ibidem.)

Eine 26jährige hysterische Arbeiterin empfindet im Stehen sehr bald eine Auftreibung und Völle des Bauches, welche sie zwingen, sich niederzusetzen und welche sie in ihrer Beschäftigung hindern. Sie hat häufigen Urindrang; wenn derselbe nicht rasch befriedigt wird, fliesst der Harn spontan ab. Trotz dieses häufigen Urinlassens entleert sich die Blase nicht vollständig, sondern bleibt zum Theil gefüllt, wei ihre Muskulatur paretisch ist. Das Uebel, welches G. häufig bei Frauen nach der Entbindung und bei Hysterischen angetroffen hat, weicht sehr bald der regelmässigen Katheterisation.

Winiwarter (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Herpin. 1. Fracture du crâne avec contusion du cerveau et issue de matière cerebrale.

2. Fracture de la base du crâne.

(Société anatomique, séance de mai 1876.)

(Progrès médical 1876. No. 42.)

Der erste Pat., ein 63jähriger Mann, erlitt die Fractur am 8. Mai, man sah nur eine 3 Ctm. lange quere Wunde über dem Jochbogen, welche ausserordentlich heftig blutete. Die Blutung wiederholte sich öfter. Eine Fractur wurde nicht diagnosticirt. Keine Gehirnerscheinungen. Am 9. war Pat. ein wenig somnolent, welches man dem Blutverlust zur Last legte, sonst keine Hirnsymptome. In der Nacht vom 10. auf den 11. traten plötzlich heftige Delirien auf. Am 11. Morgens wurde der nach der Verletzung angelegte Verband zum ersten Mal gelöst, darunter lag Hirnsubstanz, in der Tiefe der Wunde ebenfalls. Pulsation des Gehirns deutlich zu sehen. Nirgends Lähmungserscheinungen. — Tod gegen Mittag. — Section: Contusion des Gehirns (lobus sphenoidal.). Blut unter der linken Hälfte des Kleinhirns. — Splitterfractur (4 und 3 Ctm. messend) der Schuppe des Schläfenbeins über dem Jochbogen und des grossen Keilbeinflügels. —

Der zweite Pat., ein 20jähriger Mensch, erlitt die Basisfractur durch wiederholte heftige Contusionen beim Hinauf- und Heruntersteigen mit einem hydraulischen Elevator (ascenseur), dessen Mechanismus er nicht kannte. — Ausserordentlich heftige Delirien. Colossale Lappenwunde am Hinterhaupt. Ausfluss einer serös blutigen Flüssigkeit aus der Nase. Tod im Laufe des Tages. — Section: In der fovea cerebelli sinistra etwas Blut. Meningen hyperämisch, keine Contusion

des Gehirns. — Basisfractur, dieselbe beginnt 2 Ctm. über der protuberant. occipit. intern. zuerst nur die innere Tafel betreffend, unterhalb der protub. geht sie durch die ganze Dicke hindurch, immer rechts, am foram. magn. vorbei durch den clivus, die sella turcic., den Keilbeinkörper, die lamin. cribros. des Siebbeins bis zum foram. coec. Schädeldach intact. Gesichtsknochen sämmtlich, mit Ausnahme der Mandibula, fracturirt. **Petersen** (Kiel).

E. Killian. Ein Fall von diffuser Myelitis chronica.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. VII. Hft. 1.)

K. theilt einen Fall von chronischer fortschreitender Myelitis mit, welcher nach dem von Leyden für die diffuse chronische Myelitis gezeichnetem Bilde verlief, andererseits aber durch das hochgradige Vorhandensein von Muskelrigidität und Contracturen lebhaft an die Charcot'sche Lateralsklerose erinnerte. Die Autopsie ergab einen sehr verbreiteten, aber nicht continuirlichen sklerotischen Process im Rückenmark, mit zwei Hauptherden in der Lenden- und in der Halsanschwellung, sowie vielen kleineren im ganzen Brusttheil, in der Medulla oblongata und im Gehirn. Jedenfalls beweist dieser Fall soviel, dass zur Entstehung von Muskelrigidität und Contracturen eine fortlaufende Sklerose der Seitenstränge nicht erforderlich ist, sondern dass jene in sehr auffälliger Weise im Verlaufe der ungleichmässigen oder disseminirten chronischen Sklerose auftreten können.

Seeligmüller (Halle).

Ramskill. Caries of dorsal spine, paraplegia, death, post mortem.

(Med. tim. and gaz. 1876. Nov. 18. p. 568.)

Der 17jährige Patient wurde vom 13. bis 28. October 1876 im »National hospital for epileptic and paralysed« beobachtet. Aus gesunder Familie stammend, führte er sein Leiden auf eine vor 18 Monaten erlittene Erkältung zurück; nach derselben bemerkte er eine zunehmende Schwäche und eine Abnahme der Sensibilität in den unteren Extremitäten, so dass er nach 8 Monaten unfähig war zu gehen. 5 Monate nach Beginn des Leidens wurde eine Verkrümmung seiner Wirbelsäule bemerkt. Bei der Aufnahme zeigte sich eine Verkrümmung der Rückenwirbelsäule, über 7—8 obere Rückenwirbel sich erstreckend, nach hinten und zur Seite. Die Sensibilität ist vollständig, die Motilität fast vollständig an den unteren Extremitäten verloren gegangen; Harn und Koth werden unfreiwillig entleert. Die Section ergab ausser ausgedehnter Caries der Wirbel mit Bildung von grossen käsigen Abscessen, keine directe Druckwirkung von Seiten der Knochen auf das Rückenmark, dagegen ausgedehnte chronische Entzündung der Rückenmarkshäute. Es war keine disseminirte Miliartuberkulose vorhanden. **Ranke** (Halle).

C. Fedeli. Paralisi post-difterica del vago.

(Rivista clinica di Bologna 1877. No. 1.)

Ein 22jähriger Mann behielt nach überstandener relativ leichter Rachendiphtherie eine Parese der beiden unteren Extremitäten zurück. Es ging damit schon sichtlich besser, als der Kranke unerwartet unter Erscheinungen von Unwohlsein, Ekel, Brechen, Collaps, niederer Temperatur, kleinem unregelmässigen Puls innerhalb ca. 24 Stunden zu Grunde ging.

Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergab: eine aufsteigende und centrifugale Entzündung desselben, Hypertrophie des Bindegewebes, Verdickung der Arterien, ependymales Exsudat und Sklerose des Bindegewebes der Commissuren. **Menzel** (Triest).

V. Brigidi. Di un caso di timo voluminoso in uomo di anni 29.

(Commentario clinico di Pisa 1877. No. 2.)

Bei einem 29jährigen Manne, welcher an Tuberkulose starb, fand B. eine ungemein hypertrophische Thymusdrüse, welche hufeisenförmig hinter dem Sternum lag, mit der Convexität gegen das Jugulum und mit den beiden Schenkeln auf dem Diaphragma ruhend. Sie hatte eine Länge von 335 Mm. und eine Breite von ca. 60 Mm. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich die Drüse zum grossen Theile verfettet. **Menzel** (Triest).

A. Fochier. Un cas d'anévrysme de l'artère iliaque externe, traité par la ligature et suivi de guérison. (Rapporté par Ledentu.)

(Bulletin de la Société de Chirurgie 1877. No. 5, Séance du 19. avril.)

Ein 35jähriger Mann fühlte beim Aufheben einer Last plötzlich einen lebhaften Schmerz in der linken Inguinalgegend, und sah unmittelbar darauf einen ca. taubeneigrossen Tumor, über dem Arcus Fallop., sich erheben. Derselbe zeigte deutliche Pulsationen und verursachte alsbald solche Schmerzen, dass Pat. nicht schlafen konnte.

6 Wochen später fand man, bei der Aufnahme des Pat. in's Spital, den Tumor faustgross, bestehend aus einem Femoral- und einem Iliacallappen, letzterer 6 — 7 Ctm. über das Lig. Poup. aufsteigend; ein lautes feilenartiges Geräusch war im Tumor hörbar. F. constatirte atheromat. Erkrankung der Arterien bei dem sehr an Alkoholgenuss gewohnten Pat.

Man konnte die Art. iliac. ext. noch über dem oberen Rande des Sackes comprimiren, doch musste die durch 4 Tage versuchte Digitalcompression, wegen zu grosser Empfindlichkeit der Theile, ausgesetzt werden. Ende der 7. Woche nach der stattgehabten Verletzung machte F. die Unterbindung der A. iliac. ext. (Schnitt nach Abernethy; Methode Anel). Das Ligiren der Arterie war schwierig, wegen des Vorspringens des oberen Theiles vom Quersacke, wodurch die A. iliac. ext. ganz verdeckt wurde und so nicht gesehen werden konnte. Es gelang endlich trotzdem die Deschamp'sche Nadel herumzuführen; den N. genito-crural., den F. zufällig mit in die Ligatur gefasst hatte, durchschnitt er sofort.

1 Woche nach der Operation — Pulsationen im inneren Antheile des Sackes bemerkbar. Application eines $1^1/_2$ Kilogrm. schweren Bleisackes auf den Tumor. Am 16. Tage ging der Ligaturfaden ab. Am 22. Tage nach der Operation leichte Pulsationen in der A. pediaea und A. tibial. post. Am 27. Tage auch Pulsationen in der A. femoral., 6 — 8 Ctm. unter dem Aneurysmasacke, der jezt $^1/_3$ des Volums vor der Operation betrug.

14 Monate später: Im Niveau der Incisionsstelle eine Vorwölbung von der Grösse $^1/_2$ Orange (Hernia ventral.), als nothwendige Folge der ausgedehnten Incision in die Aponeurose des m. obliq. ext. Die Circulation ist im Bereiche der ganzen linken unteren Extremität nicht so deutlich fühlbar, wie am anderen Beine. Vom Aneurysmasack keine Spur zu finden, ebenso wenig von der A. iliac. ext. Den ganzen Winter über hat Pat. ein unangenehmes Kältegefühl in der linken unteren Extremität gehabt, auch ermüdet diese Extremität rascher, als die rechte. Entsprechend der Durchschneidung des N. genito-crural. sind die betreffenden Theile des Hodensackes, vordere und innere Fläche des Ober- und Unterschenkels, gefühllos.

Aus den folgenden Bemerkungen F.'s heben wir nur hervor, dass er gewillt war, für den Fall, dass die Art. iliac. ext. zu sehr atheromatös erkrankt gefunden worden wäre, nur die Durchschneidung der Nervenzweige zu machen, deren Compression so heftige Schmerzen verursachte. Es zeigte sich aber, wie dies schon öfter beobachtet wurde, dass die A. iliac. ext. bedeutend weniger atheromatös war, als die A. femoral. Um sich zu vergewissern, dass er nicht zu nahe der Spaltungsstelle der A. iliac. commun. sei, habe er das Peritoneum etwas ablösen müssen; es zeigte sich, dass er 3 Ctm. davon entfernt war. **Fr. Steiner** (Wien).

Fleury. Calcul vesical volumineux. — Taille bilatérale; fistule urinaire consécutive.

(Bulletin de la Société de Chirurgie 1877. No. 5, Séance du 19. avril.)

Bei einem 44jährigen Schmied, welcher seit 2 Jahren an Steinbeschwerden litt, ergab die Sondenuntersuchung das Vorhandensein eines Steines im Niveau des Blasenhalses, doch war es nicht möglich, bei der ausserordentlichen Contraction der Blase, die Grösse desselben auch nur approximativ zu schätzen.

Mit Rücksicht auf die bedeutende Empfindlichkeit der Harnröhre, wurde der Steinschnitt (bilateral) gemacht. Die Extraction des Steines war sehr mühsam;

er war nicht, wie gewöhnlich, im Blasengrunde, sondern im oberen Theile der Blase von den contrahirten Wänden festgehalten. Nach vielfachen, vergeblichen Versuchen gelang es, durch Rotationsbewegungen einen enorm grossen (225 Grm. schweren), 7 und 6 Ctm. messenden Stein heraus zu befördern. Die beiden Wundwinkel wurden durch den Stein eingerissen; an den Wundrändern entstand in Folge der Quetschung bei der Extraction oberflächliche Gangrän.

Sehr verzögerte Wundheilung. So lange die Wunde noch weit war, hatte Pat. wenig zu leiden; so wie sie sich nun verkleinerte, war er genöthigt, heftige Anstrengungen zu machen, um die Blase zu entleeren, wobei einige Tropfen Harn in die Urethra kamen, der Rest durch die Wunde abfloss. Die Haut des Dammes war roth und schmerzhaft. — In wenig gebessertem Zustande verliess Pat. das Spital. —

Fl. meint, die Fistel werde permanent bleiben; er kenne kein Mittel, sie zu heilen; ein so grosser Stein, wie der hier extrahirte, habe nothwendiger Weise eine Fistel hinterlassen müssen.

Der hohe Steinschnitt, der einzig hier noch in Betracht genommen werden konnte, würde, wie Fl. bemerkt, wahrscheinlich nicht gelungen sein, da an der Stelle, wo die Incision der Blase gemacht werden musste, der Stein zwischen den contrahirten Blasenwänden festgehalten war. **Fr. Steiner** (Wien).

Nicaise. Note sur la fracture intra-capsulaire du col du femur avec pénétration.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. No. 4.)

Patient, 72 Jahr alt, fiel auf die linke Hüfte. Heftiger Schmerz in der Gegend des linken Hüftgelenks, keine Geschwulst, keine Ecchymosen, keine Crepitation. Das Glied ist activ unbeweglich, passiv ist Extension und Flexion möglich, ohne dass sich eine anormale Beweglichkeit constatiren liesse. Keine Verkürzung. Die Fussspitze ist leicht nach aussen abgewichen. Unter der gewöhnlichen Behandlung trat nach zwei Monaten fast vollständige Heilung ein, doch erlag Patient kurz nachher einem Lungenleiden.

Die Section ergiebt: Intracapsulärer, eingekeilter Schenkelhalsbruch. Consolidation ist nicht eingetreten. Das innere Bruchstück wird gebildet durch den Schenkelkopf mit einer conischen Verlängerung aus der spongiösen Substanz des Schenkelhalses bestehend, das äussere Bruchstück bildet die compacte Lamelle des Schenkelhalses. **Th. Kölliker** (Würzburg).

S. B. Crowford. Case of dislocation of both hips.

(Americ. Journal of med. science 1876. Octbr.)

Th. J. wurde in einem Bergwerk durch herabstürzendes Geröll verschüttet. Beide Hüftgelenke waren luxirt; rechts wurde eine Lux. iliaca, links eine ischiadica constatirt. Einrichtung in Narkose. Das linke Bein wurde in Knie und Hüfte gebeugt, nach innen rotirt, dann in verticaler Richtung angezogen. Hierbei rückte der Kopf nach vorn und konnte leicht reponirt werden. Die Reposition des rechten Beines verursachte mehr Schwierigkeiten. Durch Beugung in der Hüfte und Rotation nach innen war der Kopf zwar leicht an den äusseren Pfannenrand zu bringen, hier aber glitt er immer wieder ab. Nach mehrfachen vergeblichen Versuchen liess C. das Becken durch 2 Assistenten stark nach abwärts auf die Unterlage drängen, er selbst aber zog an dem im Knie gebeugten Beine mit aller Kraft in verticaler Richtung. Nach wenigen Secunden glitt der Kopf über den Pfannenrand. **Lessen** (Heidelberg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. **Sonnabend, den 9. Juni.** **1877.**

Die Taxis des seitlichen Abbiegens und der Mechanismus der Kotheinklemmung.

Von

Dr. Hermann Lossen,

a. o. Professor der Chirurgie.

II. Theil.

(Fortsetzung.)

Noch erübrigt die Entkräftung einiger Beweise, welche Busch für die Wirkung der Abknickung anführt.

1. Auf p. 69 a. a. O. wundert sich Busch, dass mir bei den vielen Versuchen, welche ich angestellt, nicht einmal eine Abknickung des zuführenden Endes vor dem Bruchringe begegnet wäre. Eine derartige Beobachtung würde mich sofort von der Unhaltbarkeit meiner Theorie überzeugt haben. Der gleichen Erscheinung wird

p. 72 Erwähnung gethan, an der Stelle, an welcher mein Einklemmungsexperiment in der Glasröhre besprochen ist.

Ich muss zugestehen, diese »Abknickung des zuführenden Endes« ist mir recht oft begegnet, doch gab ich mir sofort die Antwort, dass es sich hier um Fälle von elastischer Einklemmung handelte, welche nicht zur Sache gehörten und daher unberücksichtigt bleiben könnten. Da Busch die Beobachtung anders auffasst, bin ich genöthigt, näher darauf einzugehen. Der fragliche Fall tritt gewöhnlich ein, wenn der Einklemmungsversuch mit einer zu engen Bruchpforte, sei es nun ein Loch in einem Brettchen, sei es eine Glasröhre, angestellt wird, oder aber, wenn das Mesenterium des Darmes ausnehmend fettreich ist. Zuweilen gelingt es durch Anwendung eines stärkeren Druckes dann doch noch, Flüssigkeit oder Luft in die Schlinge einzutreiben, meist aber dehnt sich das zuführende Darmstück vor der Pforte stark aus und zieht schliesslich die Schlinge wieder heraus. Dies letztere musste in dem Versuche, in welchem eine Glasröhre die Bruchpforte vertritt, um so eher geschehen, als die Röhre behufs leichteren Entfernens des Trockenpräparates innen mit Oel bestrichen war. Hält man in diesem Versuche den Scheitel der Schlinge unten fest, so kann man ein Trockenpräparat zwar nicht einer Busch'schen Abknickung, wohl aber einer elastischen Einklemmung erhalten.

Ein elementarer Versuch beweist übrigens, dass hier keine Abknickung im Spiele ist. Führt man ein vom Gekröse befreites Darmstück mit dem einen Ende in die hölzerne Bruchpforte und zieht es von unten her im Winkel gegen die Kante des Bruchringes, so hat man die fundamentalen Erfordernisse der Abknickung: die vorspringende Kante, die Winkelstellung, die Befestigung vor dem Bruchringe. Man darf nun den Zug am unteren Ende des Darmes in den verschiedensten Winkeln zur Ebene der Bruchpforte wirken lassen, ja man kann den straff angezogenen Darm platt gegen die untere Fläche des Brettchens befestigen: immer wird die oben einströmende Luft den Darm im Bruchringe aufblähen. Erst wenn man mit dem Finger den Darm im Bruchringe gegen die Kante drückt, bläht sich das Darmstück vor der Pforte. Was hier der Finger, das thut in den betreffenden Fällen des Einklemmungsversuches das Mesenterium oder der für die Bruchpforte allzu voluminöse Darm. Es handelt sich hier also um Beispiele elastischer Einklemmung, bei welcher von Hause aus beide Darmenden verschlossen sind. Die Abknickung, wie sie Busch auffasst, spielt hier keine Rolle.

Zu dem gleichen Schlusse gelangte Hofmokl*), wenn er sagt: »Der Abschluss des zuführenden Schlingenschenkels für Flüssigkeit und Gase geschieht also schon vor dem Bruchringe nicht durch Abknickung, sondern hauptsächlich durch zu starke Compression der

*) Wiener med. Presse 1876. No. 4, p. 126.

Schlinge von Seiten des Bruchringes selbst, die Abknickung ist dann blos Folge, nicht Ursache des Abschlusses«.

2. Den von Busch schon früher herangezogenen Versuch*), in welchem er über ein langes Darmrohr einen engen Ring legt und so die Absperrung erzeugt, habe ich nochmals wiederholt, sowohl mit einem Faden- wie mit einem Drahtringe, konnte aber zu keinem anderen als dem früher mitgetheilten**) Resultate gelangen. Es handelt sich hier um Faltungen der Darmwand, welche in einandergreifen und so einem starken, oft dem stärksten Drucke, der möglich, widerstehen. Ein starres Instrument, ein Katheter, eine Sonde hebt nicht etwa die Abknickung, sondern drückt die Falten bei Seite. Dabei ist es natürlich gleich, von welcher Richtung her dasselbe eingeführt wird. Diese Verfilzung der Darmfalten und zwar nicht nur der natürlichen Quer-, sondern auch der durch die Einschnürung entstehenden Längsfalten vollzieht sich nicht jedesmal, wie der Versuch lehrt, und ist nicht selten durch eine Drucksteigerung zu überwinden. Sie tritt übrigens bei dem Nachziehen des leeren Darmendes um so leichter ein, als hierbei immer eine kleine Axendrehung stattfindet. Die Lösung dieses Verschlusses gelingt nicht durch blosses Geraderichten des schlaff hängenden peripheren Endes, auch nicht in der Richtung nach der mesenterialen Wand, man muss zugleich einen geringeren oder stärkeren Zug wirken lassen. Hierdurch werden die Darmfalten gedehnt, glatt gezogen und das Lumen wird wieder frei. Auch Hofmokl findet, »dass dieser Versuch weder den Mechanismus der Incarceration, noch den der Abknickung erklärt, da hier der Vorgang des Darmabschlusses ein ganz anderer ist.«***)

3. Die Versuche, welche Busch mit dünnwandigen Kautschukschläuchen wiederholt angestellt hat, nachzumachen, konnte ich mich auch diesmal nicht entschliessen. Zwar stelle ich bei experimentellen Streitfragen den Grundsatz obenan, über keinen Versuch zu urtheilen, ehe er controlirt wurde; hier aber tritt eine andere Erwägung in den Vordergrund. Die Kautschukschläuche sind wegen ihrer enormen Elasticität, welche einerseits ein schnelles Zusammenpressen, andererseits ein rasches Dehnen nicht zulässt, so wenig geeignet, mit einem schlaffen Darmrohr verglichen zu werden, dass die Versuche allzu hinkend würden und nur Trugschlüsse gestatteten.

Wenden wir uns zu den Einwürfen, welche Busch der Theorie des seitlichen Druckes macht.

1. Pag. 69 heisst es: »Wenn man wie Herr Lossen experimentirt, den zuführenden Schenkel oberhalb des Bruchringes so hält, dass er senkrecht durch den Ring in die Schlinge herabsteigt, so sieht man in der That, wie es auch nicht anders sein kann, dass die eingespritzte Masse den zuführenden Schenkel im Ringe soweit

*) Centralbl. f. Chir. 1875. p. 532.

**) Centralbl. f. Chir. 1876. p. 37.

***) Wiener med. Presse 1876. No. 4. p. 126. S. dort die Erklärung, welche nicht ganz mit der eben gegebenen stimmt.

bläht, als überhaupt Raum vorhanden ist. Es liegen daher die Wände des ausführenden Schenkels aufeinander gepresst. Der Druck ist aber nicht so stark, dass er den ausführenden Schenkel hier fixirt, denn wir sehen ja, dass das ursprünglich im Bruchringe liegende Darmrohr von der Schlinge heruntergezogen wird«. Es ist hier von dem Beginn der Einklemmung die Rede, von dem Stadium, in welchem die vorgefallene Darmschlinge anhebt, sich zu entfalten. Von einem Seitendrucke ist zu der Zeit weder im zuführenden Schenkel, noch in der Schlinge etwas zu bemerken, wie ein eingeschaltetes Manometer unschwer beobachten lässt. Ein Herabrücken des Darmes am abführenden Ende sammt Mesenterium ist daher noch möglich. Erst wenn die Darmwände vollständig entfaltet sind und nun eine Dehnung derselben beginnt, zeigt das Manometer einen Druck in Schlinge und zuführendem Darmschenkel an. Von da ab aber ist auch der abführende Schenkel fixirt und kein Mesenterium rückt mehr nach abwärts.

2. Es folgt hierauf ein zweiter, der »wichtigste« Einwurf. Auf p. 70 sagt Busch. »Wenn die eindringende Masse den zuführenden Schenkel im Bruchringe gebläht hat und hierauf weiter abwärts steigend, den aufsteigenden Schenkel erreicht, so würde sie hier denselben Seitendruck gegen die Wände üben, wie in dem zuführenden Schenkel. Wenn dann die Masse in dem ausführenden Schenkel bis in die Ebene des Bruchringes gelangt sein würde, so würde sie hier also annähernd mit derselben Kraft wie in dem zuführenden die mesenteriale Wand des Darmrohres von der gegenüberliegenden abdrücken und das Lumen des ausführenden Rohres würde dem des einführenden annähernd gleich sein, wenn nicht, wie es in der That der Fall ist, eine andere Ursache, nämlich die Abknickung des Rohres den Verschluss am ausführenden Schenkel hervorbrächte«. Bereits in meinem ersten Vortrage*) habe ich diese Verhältnisse ausführlich erörtert und physikalisch begründet. Ich halte auch heute dies Alles aufrecht und werde nur versuchen, den Beweis der Richtigkeit noch auf einem anderen Wege zu erbringen.

Die Schlussfolgerung, welche Busch oben ziehen zu müssen glaubte, trifft zu für alle Fälle, in welchen die Flüssigkeit oder die Luft unter langsam anwachsendem Drucke in die vorliegende Darmschlinge einströmt. Die Entfaltung der Darmwände geschieht dann so langsam und beinahe gleichmässig, dass zu der Zeit, wo das Manometer das Anheben des Seitendruckes im zuführenden Schenkel zeigen sollte, bereits der abführende die Luft abfliessen lässt. Wird nun mehr Luft unter steigendem Drucke eingeblasen, so dehnt sich wohl die Schlinge aus, aber eine Absperrung des abführenden Endes gelingt nicht mehr, da ein gewisser, wenn auch durch die Reibung verminderter Druck die Wände des Schenkels auseinander hält. Bei genauer Beobachtung wird sich vielleicht die Differenz der Drucke

---

*) Archiv f. klin. Chir. Bd. XVII. p. 304.

im zuführenden und abführenden Ende durch einen Unterschied im Querschnitt beider Schenkel kund geben.

Durchaus anders verhält sich die Sache, wenn, wie dies auch Busch für das Zustandekommen der Einklemmung (a. a. O. p. 77) für nothwendig erachtet, das Einströmen von Flüssigkeit oder Luft plötzlich geschieht. Hierbei entfalten sich die Darmwände im zuführenden Rohre sehr rasch, die mesenteriale Wand drängt Gekröse und ausführendes Ende bei Seite, durch Ausdehnung der Schlinge wird Darm und, was sehr wichtig, Mesenterium nach abwärts gezogen und hierdurch der Querschnitt der Bruchpforte noch mehr verkleinert. Ehe die Entfaltung der Darmwände am ausführenden Schenkel beginnen kann, ist bereits ein positiver Druck im zuführenden Schenkel vorhanden, der das ausführende Ende zusammenpresst. Nun besteht ja sicherlich in der Schlinge und zwar dicht an der Bruchpforte, unterhalb des abgesperrten ausführenden Schenkels, ebenfalls ein positiver Druck; ja dieser erreicht sogar, sobald die Schlinge zur Ruhe gekommen, die gleiche Höhe, wie der im zuführenden Ende und wächst als statischer Druck mit demselben gleichmässig; aber dennoch existirt kein physikalischer Grund, warum sich das abführende Ende öffnen sollte.

An einem Beispiele dürfte dies klar werden. Denken wir uns das Ventil eines Dampfkessels von der Grösse eines Quadratcentimeters sei mit 1 Kilogramm belastet, so wird, Reibungsverluste abgerechnet, eine Dampfspannung von 1 Kilogramm auf den □Ctm. nicht im Stande sein, das Ventil zu lüften. Dampf und Ventil halten sich die Waage, sie stehen im Gleichgewicht. Sobald aber die Spannung im Kessel sich nur ein wenig über 1 Kilo erhebt, wird der Dampf am Ventil herauszischen. Umgekehrt, wenn Dampf von der Spannung 1 Kilo auf den □ Ctm. ausströmt, so wird das oben angenommene, mit 1 Kilo belastete Ventil nicht hinreichen, um den Dampf zu stopfen, man wird noch Gewichte zulegen müssen.
Ganz ebenso verhält es sich in dem Einklemmungsversuche. Beide Drucke, im zuführenden und abführenden Schenkel, halten sich das Gleichgewicht, nur eine neu hinzutretende Kraft kann dieses Gleichgewicht stören. So lange dies nicht der Fall, bleibt der Zustand constant, in welchen das abführende Schlingenende zuerst versetzt wurde. Diese neu hinzutretende Kraft kann aber hier nicht, wie in dem Beispiele vom Dampfkessel in einer einseitigen Drucksteigerung bestehen. Denn das Einblasen neuer Luftmengen, die Injection neuer Flüssigkeit würde, wie in der Schlinge, so auch im zuführenden Schenkel, den Druck erhöhen. Den gleichen Erfolg würde ein auf die Schlinge von aussen geübter Druck haben. Die Drucke in beiden Schenkeln würden steigen, ihr Gleichgewicht aber bleiben. Nur eine Verschiebung der Lagerungsverhältnisse am ausführenden Schenkel kann den Verschluss lösen, ganz ebenso, wie eine leichte Erschütterung, ein leises Lüften des Ventils im obigen Beispiele den Dampf trotz der Gleichgewichtslage ausströmen lassen

würde. In diesem Sinne wirkt offenbar die Taxis des seitlichen Abbiegens.

Was übrigens Busch in dem soeben erwähnten Einklemmungsversuche als physikalische Forderung hinstellt, das findet er in dem gleichen Versuche, wenn statt des Loches im Cigarrenkastenbrettchen eine Glasröhre als Bruchpforte verwendet wird, ganz unmöglich. Pag. 71 sagt er: »Lossen zieht also eine Darmschlinge in eine ein paar Zoll lange Glasröhre und spritzt durch den zuführenden Schenkel ein. Auch ohne das Experiment nachgemacht zu haben, wird Keiner von Ihnen bestreiten, dass in diesem Experimente es sich genau so verhält, wie Herr Lossen es angiebt, nämlich, dass hier der Druck des zuführenden Schenkels die Füllung des aufsteigenden Schenkels verhindere. Es kann nämlich gar nicht anders sein, als folgendermassen: Am einführenden Schenkel wird in der ganzen Länge die mesenteriale Wand von der convexen abgedrängt und presst die beiden Wände des ausführenden Schenkels innig in der ganzen Länge auf einander. In diesem Zustande kann die Flüssigkeit, welche sich an der stumpfen Umbiegungsstelle des Darmes befindet, mit ihrem Drucke niemals die mesenteriale Wand des aufsteigenden Schenkels in einer Richtung treffen, dass sie von der anderen Wand abgehoben werden könnte. Die Flüssigkeit kann eben gar nicht zwischen convexer und mesenterialer Wand des aufsteigenden Schenkels eindringen, während bei einem Rohre, welches in Form einer Schlinge durch einen Ring gezogen wird, von Anfang bis zu Ende die mesenteriale Darmwand von der convexen durch die Füllung abgehoben wird«.

Warum kann die Flüssigkeit nicht eindringen? Etwa wegen der stumpfen Umbiegungsstelle? Man lasse nur die Darmschlinge, welche durch die Glasröhre gezogen wurde, unten überstehen, so wird sie sich hier ganz ebenso wie bei kurzer Bruchpforte als Schlinge blähen; die stumpfe Umbiegungsstelle fällt weg, alles Uebrige aber bleibt unverändert.

Hindert etwa die Richtung, in welcher der Druck auf den aufsteigenden Schenkel wirkt?

Wer sich ein Wachspräparat dieses Versuches verschafft, der wird auf dem Längsschnitt finden, dass die mesenteriale Wand in kurzem, die freie Wand in längerem Bogen sich dem aufsteigenden Schenkel nähert. Hierdurch entsteht eine trichterförmige Fortsetzung des Lumen in der Richtung des aufsteigenden Schenkels. In der Busch'schen schematischen Zeichnung*) ist dieser Trichter auch zu erkennen, doch fehlt an dieser Stelle der die Richtung des Seitendruckes andeutende Pfeil. Da übrigens der hydrostatische Druck, und um einen solchen handelt es sich hier, stets senkrecht auf die Flächeneinheit wirkt, so ist die Richtung des Schenkels durchaus gleichgültig.

Schliesslich ist es nicht recht ersichtlich, warum der Längen-

*) A. a. O. Taf. III. Fig. 5.

unterschied der Bruchpforte — im Versuche mit dem Brettchen beträgt die Länge der Pforte 3—4 Mm., in dem mit der Glasröhre 6—8 Ctm. — eine solche Veränderung in den physikalischen Verhältnissen erzeugen soll. Man kann sehr leicht von dem ersten Versuche ausgehend die Länge der Bruchpforte steigen lassen und wird stets unter sonst gleichartigen Bedingungen die Einklemmung beobachten.

3. Um zu zeigen, dass der Verschluss des ausführenden Schenkels auch ohne jegliche Dehnung des zuführenden zu Stande kommen könne, haben Busch und nach ihm Kocher*) Versuche construirt, in welchen das zuführende Ende im Bruchringe durch eine Glasröhre ersetzt wurde (Busch), oder mittelst einer medianen Scheidewand im Bruchringe an der vollständigen Dehnung gehindert war (Kocher). Das Experiment von Busch wurde bereits früher**) von mir nachgemacht und besprochen und hat auch diesmal wieder (vergl. oben) eine eingehende Kritik gefunden. Den Kocher'schen Versuch habe ich ebenfalls nachgeahmt. Die Bruchpforte mit medianer Scheidewand war aus einem Cigarrenkastenbrettchen ausgestochen; die Zwischenwand betrug 3 Mm. Es wurden zweierlei Versuche angestellt. In der ersten Versuchsreihe hing die Darmschlinge am Mesenterium, in der zweiten war sie abgetrennt. Operirt man mit Mesenterium, so ist es nothwendig, das fächerförmig ausgebreitete Gekröse durch einen senkrechten Schnitt zu trennen, oder gar von dem zuführenden Schenkel ein Stück weit abzupräpariren. Das zuführende Ende wird dann von unten her durch die eine, das abführende durch die andere Pfortenhälfte gezogen. Lässt man nun Luft einströmen, so entsteht entweder keine Absperrung, oder aber sie tritt ein in Folge der Verkeilung durch herabrückendes Mesenterium. Ich besitze ein Trockenpräparat, welches die Verhältnisse auf dem Längsschnitte sehr anschaulich zeigt. Hatte man das Mesenterium zuvor abgelöst und den Versuch wie oben vorbereitet, so konnte man bei dem Einströmen der Luft Folgendes beobachten. War das vor dem Bruchringe befindliche Darmstück so gedreht, dass seine freie Wand von der Pfortenscheidenwand sich abkehrte, so kam niemals eine Absperrung des ausführenden Schenkels zu Stande; war die freie Darmwand aber der Scheidewand zugedreht, so gelang, wie dies auch Kocher angiebt, zuweilen die Absperrung. Jedesmal sah man dann, dass der zuführende Schenkel vor der Scheidewand und über dieselbe hinweg das abführende Ende comprimirte. Hob man mit einem Stäbchen die vorgebauchte Wand ab, so löste sich sofort die Einklemmung. Es stimmt dies durchaus mit der Kocherschen Beobachtung***), nur betont Kocher hauptsächlich die Abknickung, sagen wir genauer, die Scarpa'sche Winkelstellung, welche durch „die Blähung des zuführenden Endes innerhalb und

*) Centralbl. f. Chir. 1875. No. 1. p. 4.
**) Centralbl. f. Chir. 1875. No. 3. p. 34.
***) A. a. O. p. 4.

ausserhalb der Bruchpforte« entsteht. Wenn Busch dieses Kocher'sche Experiment (a. a. O. p. 72) kurz erwähnt und hinzufügt: »Auch so gelang die Abknickung am ausführenden Schenkel«, so erwartet man allerdings nicht die auf p. 5 der Kocher'schen Mittheilung gesperrt gedruckte These: »die Abknickung ist die Folge der Blähung des zuführenden Schenkels, welche innerhalb der Bauchhöhle den abführenden Schenkel im rechten Winkel von der senkrecht herabsteigenden mesenterialen Darmwandduplicatur der Schlinge abknickt«.

(Schluss folgt.)

L. Stiénon. Action physiologique de la quinine sur la circulation du sang.

(Habilitationsschrift. Brüssel 1876. 158 S.)

Popoff. Kritische und experimentelle Untersuchungen zur Theorie der temperaturherabsetzenden Wirkung des Chinin.

(Arbeiten aus dem pharmak. Laborat. zu Moskau. 1876. Bd. I. p. 84—124.)

»Das Chinin ist«, nach S., ein Regulator der Circulation; es übt eine kräftige Einwirkung auf die Centren des Herz- und des Gefässsystems aus. Einmal wird der Rhythmus der Herzaction verändert und zwar beschleunigt oder verlangsamt, je nach der Grösse der eingeführten Chiningabe; zweitens wird die Energie der Herzcontractionen sowohl durch kleine, wie durch grosse Dosen constant herabgesetzt, infolge der Einwirkung auf die in dem Herzen selbst gelegenen excito-motorischen Ganglien, während die Vagi vom Chinin unangegriffen bleiben. Was das Gefässsystem anlangt, so führt das Chinin zunächst eine Verengerung, weiterhin eine Erweiterung und Erschlaffung der peripheren Arterien herbei; jene ist bedingt durch Erregung, diese durch nachfolgende Lähmung der vasomotorischen Centren. Als nothwendige Folge dieser Veränderung in der Herz- und Vasomotorenthätigkeit tritt ein progressives Absinken des Blutdrucks in die Erscheinung. Die erwähnten Wirkungen variiren je nach der Art, wie das Chinin dem Organismus zugeführt wird. Lässt man durch eine Injection in eine Halsvene centralwärts das Mittel direct in das Herz gelangen, so beobachtet man einen plötzlichen Abfall des Blutdrucks (Wirkung auf das Herz), später steigt der Druck wieder an, infolge Verengerung der peripheren Körperarterien. Wenn man aber das Chinin in das periphere Ende einer Carotis einführt, so dass es früher mit den vasomotorischen Centren der Medulla, als mit dem Herzen in Berührung tritt, so steigt zuerst der Druck an infolge der durch Erregung der Vasomotoren bedingten Verengerung der peripheren Arterien und erst hernach folgt ein Absinken des Blutdrucks bedingt durch Herabsetzung der Herzenergie.

Bei subcutaner Injection gelangt das Chinin langsamer in das Blut; es hat Zeit, sich überall zu verbreiten und wenn alle Organe eine wirksame Menge von ihm enthalten, dann erscheinen Allgemein-

wirkungen. Hier ist keine Rede mehr von einer ähnlichen Aufeinanderfolge der Erscheinungen, wie bei directer Einführung in das Gefässsystem; es kommt vielmehr zu einer Summirung von örtlichen Wirkungen, die durch einander greifen, und sich mit einander vermengen. Der Ausdruck aller dieser Einflüsse ist ein allmäliges und progressives Absinken des arteriellen Blutdrucks.

Von der Arbeit von P. können wir hier nur den experimentellen Theil berücksichtigen; wegen des historischen und kritischen Abschnitts verweisen wir auf das Original. Drei Versuchsreihen gelten der Frage der Temperaturherabsetzung bei putriden Fiebern durch Chinin. In der ersten wurde zunächst Eiter eingeführt und sobald fieberhafte Allgemeinerscheinungen sich zeigten, Chinin verabreicht. In der zweiten wurde gleichzeitig Eiter unter die Haut und Chinin in den Magen gebracht, um das putride Gift bei seinem Eintritt in den Organismus in seiner Wirksamkeit gewissermassen auf der Stelle zu neutralisiren. In der dritten wurde zuerst Chinin und dann erst Eiter eingeführt, um dem für die erste Versuchsreihe möglichen Einwande zu begegnen, als wäre die Resorption des Chinin durch das infolge der Eiterinjection eintretende Fieber behindert. Indess vermochten weder kleine, noch grosse Dosen von Chinin die Wirkung des putriden Eiters zu bekämpfen; die hohen Fiebertemperaturen blieben trotz des Chinin unverändert, ebenso wenig war die Zahl der Genesungen eine grössere bei Chinin, als ohne Chinin. Auch bei gleichzeitigem Einbringen von Eiter und Chinin entwickelte sich der fieberhafte Process ohne jede sinnfällige Modification; endlich hielt Chinin wenn es vor der Eiterinjection gegeben wurde, das Auftreten des fieberhaften Processes nicht auf, ja es schwächte nicht einmal die Intensität des sich entwickelnden Fiebers. Die antipyretische Wirkung des Chinin findet ihre Erklärung in dem Einfluss auf die Circulation und die dadurch bedingten Veränderungen der Wärmeproduction und Wärmeabgabe. Grosse Dosen lähmen sowohl das Herz, wie das Gefässsystem (s. oben); die Folge ist Verminderung des Blutdrucks und Verlangsamung der Circulation; gleichzeitig wird die Wärmeabgabe geringer, wie aus Versuchen mit dem Calorimeter von Winternitz hervorgeht, in welchen unter dem Einfluss von 0,3—0,6 Chinin sowohl bei gesunden Hunden, als auch bei künstlich erzeugtem Fieber die Wärmeverluste von Seiten der Haut abnahmen. So wird es erklärlich, weshalb Chinin, besonders in grossen Dosen in manchen fieberhaften Processen, in denen an und für sich schon die Circulation darniederliegt, sich wirkungslos erweist. Liegt schon die Gefahr des Fiebers in Erschöpfung der Herzthätigkeit, Absinken des Blutdrucks und Verlangsamung der Circulation, so muss man sich um so mehr hüten, Chinin, wie dies empfohlen worden ist, in grossen Dosen zu geben, die an sich schon auf das Herz und das Gefässsystem lähmend einwirken. Endlich ist, wie P. des Einzelnen nachweist, die antipyretische Wirkung des Chinin nicht unbedingt und in manchen fieberhaften Processen sogar, zumal bei Darreichung

grosser Dosen in Fällen ausserordentlich beschleunigter Herzthätigkeit bei gleichzeitiger geringer Spannung des Pulses als Zeichen verminderter Energie der Herzcontractionen geradezu schädlich.

J. Munk (Berlin).

Beard. Writers cramp: its symptoms and treatment.

(Philadelphia med. times 1877. No. 240 u. 241.)

A. Vorkommen: 1) Am häufigsten werden mässig starke, sonst gesunde, vielleicht ganz leicht nervöse, sehr selten sehr starke Individuen vom Schreibekrampf befallen. Bei schwächlichen, mehr nervösen treten zu rasch Ermüdung und allerlei andere Störungen ein, so dass vom Schreiben Abstand genommen wird, bevor die Schreibekrämpfe sich entwickeln. Schon aus diesem Grunde sind letztere bei Weibern so selten.

2) Der Schreibekrampf tritt viel häufiger bei eigentlichen Schreibern, Copisten und andern auf, welche das Schreiben recht handwerksmässig und mechanisch treiben, als bei Schriftstellern, Dichtern Literaten etc., selbst wenn letztere absolut viel mehr schreiben, als erstere. Die Augenblicke des Nachdenkens geben bei ihnen mehr Ruhepausen für die Muskeln, und ausserdem soll die angestrengte Hirnthätigkeit an und für sich ein hinderndes Moment für die Entwicklung des Schreibekrampfes sein.

3) Die handwerksmässigen Schreiber werden wiederum um so häufiger und intensiver befallen, je sorgfältiger und gleichmässiger sie schreiben, weil dabei stets dieselben Muskeln mehr gebraucht werden, als bei den mehr nachlässigen Schreibern.

B. Symptome: Der Name Krampf passt nicht für eine Anzahl von Fällen, welche unstreitig unter die in Rede stehende Krankheit rubricirt werden müssen. Es sind dies Fälle, in denen der Krampf fehlt oder gegen die sonstigen Symptome zurücktritt. Manchmal kann das Krankheitsbild mehr einer Neuralgie oder rheumatismusähnlichen Affectionen oder endlich bei zunehmender Schwäche mehr einer Paralyse gleichen. In anderen Fällen sind Müdigkeit, Schmerz, Gefühl von Taubheit mit Steifigkeit die lästigsten Symptome; manchmal besteht die Affection nur in intercurrenten plötzlichen Zuckungen, wie wenn ein Inductionsstrom durch die Muskeln ginge. Der eigentliche Krampf sei in der Regel das am spätesten auftretende Symptom, die andern gingen ihm oft Monate, ja Jahre lang voraus. Um das Uebel in seinen Anfängen zu erkennen, müsse man genau beachten, ob diese Symptome durch den Act des Schreibens hervorgerufen würden. Seien erst die Krämpfe da, meint B., so sei die Therapie bereits viel schwieriger und zeitraubender.

C. Therapie: 1) Vor Einführung der Electricität als Heilmittel galt die Affection in sehr vielen Fällen für unheilbar. Mittelst der Electricität erzielte B. gute Resultate. Er wendet den constanten Strom an zum Electrisiren des Rückenmarks, der afficirten Nerven und Muskeln (Richtung des Stromes ist dabei irrelevant); den

inducirten applicirt er nur an die Muskeln; vom electrischen Pinsel sah er auch Erfolge. Mit der Electricität können Uebungen der Muskulatur verbunden werden.

2) Die Beschaffenheit des Federhalters ist von Bedeutung. Leichte, biegsame Federhalter (von Gänsefedern etc.) sind den steifen von Holz und Metall vorzuziehen. Wenn die Patienten des Berufs wegen das Schreiben nicht lassen können, so können sie oft mit grossem Vortheil die Stahlfeder mit der Bleifeder für einige Zeit vertauschen. Oder man kann den Federhalter mittelst Bändchen, Ringen, Fingerhut und dergleichen an dem 2. und 3. Finger befestigen, so dass zum Halten desselben keine Muskeln gebraucht werden. Auch kann man an demselben eine Kugel (von Kork etc.) anbringen, welche man beim Schreiben in die volle Hand fasst. In einigen Fällen war es vortheilhaft, das Schreibheft beim Schreiben auf den Schooss, statt auf das Pult zu legen. Vor Allem aber soll beim Schreiben der Vorderarm nicht zu wenig, Hand und Finger nicht zu viel thätig sein: die Hand liege leise auf der Unterlage auf, die grossen Excursionen der Feder sollen alle mit Hülfe des Vorderarmes ausgeführt werden.

3) Druck auf die afficirten Nerven schaffte in mehreren Fällen Erleichterung. Zwei kleine Längsschienen wurden entsprechend dem Längsverlauf der Nerven am Vorderarm mittelst elastischer Binden ziemlich fest so angebunden, dass sie die Nerven conprimiren mussten. In andern Fällen leisteten die elastischen Binden ohne Schienen dasselbe.

4) Innerlich hatte in 1 Falle die von Hasse empfohlene Calabartinctur, zu je 20—30 Tropfen, guten Erfolg.

Eine beträchtliche Anzahl zum Theil recht interessanter Krankengeschichten müssen im Original nachgelesen werden.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Fritsch. Ueber das Puerperalfieber und dessen locale Behandlung.

(Sammlung klin. Vorträge No. 107.)

Nachdem Verf. zunächst den pathologisch-anatomischen Begriff des sogenannten Puerperalfiebers dahin festgestellt hat, dass es sich entweder um eine Metritis parenchymatosa oder eine M. vasculosa oder eine M. serosa handle, Krankheitsformen, die sich am Krankenbette auseinanderhalten und diagnosticiren lassen und sämmtlich auf Infection beruhen, betont er die Nothwendigkeit der antiseptischen Behandlung des Genitalrohres in normalen wie pathologischen Geburten und empfiehlt hierzu vor Allem die Irrigation der Vagina, eventuell des Uterus mit Hülfe eines von ihm angegebenen neusilbernen, oben offnen Katheters (30 Ctm. lang, 6 Ctm. im Lumen) mit 2 procent. Carbolsäurelösung. In folgenden Sätzen fasst er seine Ansichten zusammen: 1. Bei jeder Wöchnerin ist post partum die

Scheide von den Lochien zu reinigen. 2. Nach intrauterinen Operationen, verfaulten Kindern, bei übelriechenden Lochien und schon ausgesprochenem Fieber ist auch der Uterus auszuspülen. 3. Trotz der heftigsten Symptome einer Septikämie ist noch Heilung zu hoffen.

Es wäre zu wünschen, dass die Arbeit des Verf. in ärztlichen Kreisen grosse Verbreitung fände und die zahlreichen, auf die Prophylaxe gerichteten Gesichtspuncte von jedem Geburtshelfer durchgeführt würden. **Leopold** (Leipzig).

J. Gaule. Anatomische Untersuchungen über Hodentuberkulose (Phthisis testis).

(Virch. Arch. 1876. Bd. LXIX.)

In einer Besprechung der seither unter dem Namen Hodentuberkulose zusammengefassten Erkrankungsformen kommt Verf. zu dem Schlusse, dass eben das Bestreben, diese Erkrankungen auf das Vorhandensein von Hodentuberkeln zurückzuführen, für das Verständniss hinderlich gewesen sei. An der Hand einer Tabelle, in der er 18 in der Litteratur genauer beschriebene Fälle in der Weise zusammenstellt, dass die bei den Erkrankungen vorkommenden Veränderungen der einzelnen Gewebselemente untereinander verglichen werden können, zeigt er, dass man die Zahl der Schemata für Hodentuberkel, von denen man bereits mehrere besitzt, noch vermehren müsste, wollte man die vorkommenden Veränderungen auf dieselben zurückführen. Dabei würde immer noch die Erkrankung des Drüsengewebes, welche im Verlauf die allerwichtigste Rolle spielt, ganz vernachlässigt. Dass dieses und das Aufstellen einer Anzahl von Arten von Hodentuberkeln, die nichts Charakteristisches unter einander gemein haben, das Verständniss nicht fördern würde, erscheint klar. Verf. hat nun selbst 16 Fälle von Hodentuberkulose einer genauen Untersuchung unterworfen und giebt eine detaillirte Beschreibung der Veränderungen, welche sich hierbei an jedem einzelnen Gewebselement des Hodens fanden. Stellt man diese zusammen, so ergiebt sich, dass sämmtliche Veränderungen sich aus einem einzigen pathologischen Process ableiten lassen, dessen Chronologie vollständig mit dem bekannten klinischen Verlauf der Hodentuberkulose übereinstimmt. Es handelt sich um einen käsig-ulcerösen Katarrh, der in der Epididymis beginnt und von dem Epithel auf die Wandung der Canälchen und das umgebende interstitielle Gewebe übergeht. Bald mehr innerhalb des Canälchens, bald mehr im interstitiellen Gewebe fortschreitend geht der Process zunächst auf das Corpus Highmori und die Septa testis, dann auf das Gebiet der gewundenen Canälchen über. Nach der Peripherie des Hodens rückt der Process mit abnehmender Intensität und zwar, je nachdem mehr oder weniger Canälchen ergriffen sind, bald in geschlossener Phalanx, bald mehr disseminirt vor. In letzterem Falle kommt es häufig zur Bildung fibröser Knötchen, die seither als Hodentuberkel im Sinne von Rind-

fleisch aufgefasst wurden, von dem Autor aber als Analoga der bei der Phthisis pulmonum vorkommenden peribronchitischen Knötchen nachgewiesen und daher als perispermatophoritische Knötchen bezeichnet werden. Die Einzelheiten des ganzen Krankheits-Processes müssen im Original nachgelesen werden, man ersieht jedoch bereits aus dieser Skizzirung, dass derselbe die grösste Aehnlichkeit mit der Phthisis pulmonum hat. Es gelingt dem Verf. in der That in den anatomischen Veränderungen die vollständige Analogie der beiden Processe durchzuführen, und er weist dann weiter auf die bekannte Thatsache hin, dass beide Erkrankungen stets bei derselben Art von Diathese vorkommen und sogar meistens in demselben Individuum sich combiniren. Daher schlägt er vor, alle diejenigen Erkrankungen des Hodens, bei denen sich der von ihm geschilderte Process findet, in Zukunft nicht mehr als Hodentuberkulose, sondern als Phthisis testis zu bezeichnen.

Die in der Litteratur als Hodentuberkulose verzeichneten Fälle fallen hiernach sämmtlich unter die Kategorie Phthisis testis, mit Ausnahme jener, bei denen wirkliche Miliartuberkel im Bindegewebe auftreten, also Fälle, wie sie bei acuter allgemeiner Miliartuberkulose beobachtet sind. Diese bestehen als eigentliche Hodentuberkulose neben der Phthisis testis, wie die eigentliche Lungentuberkulose neben der Phthisis pulmonum. Gebilde, welche mikroskopisch und makroskopisch das Bild des miliaren Tuberkels nachahmen, kommen übrigens auch bei der Phthisis testis vor und sind sogar für ein gewisses Stadium des Processes typisch. Diese Gebilde entstehen jedoch nicht im Bindegewebe, sondern sind eigenthümliche Umwandlungsproducte des Epithels und der Wandung der Canälchen unter dem Einflusse des entzündlichen phthisischen Processes. Sie werden daher von dem Verf., der an der Virchow'schen Definition des Tuberkels festhält, nicht als Tuberkel aufgefasst. Der Nachweis, dass bei einer den wirklich tuberkulösen Erkrankungen so nahe stehenden Krankheit, wie der Phthisis testis, Gebilde auftreten, die im Aussehen sich durchaus nicht von Tuberkeln unterscheiden, aber eine ganz andere Entstehungsgeschichte haben, ist jedenfalls für die Tuberkulosenfrage von Bedeutung. Verf. deutet die Möglichkeit an, dass auch bei der Tuberkulose anderer drüsiger Organe, z. B. der Niere, ähnliche Verhältnisse vorliegen, hat aber darüber ausgedehntere Beobachtungen nicht machen können. **v. Lesser** (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

G. Thin. On some of the histological changes found in cancer of the skin or epithelioma, with special reference to the source of the newly formed epithelial cells.

(Medico-chirurg. Transact. Vol. 59. p. 189.)

In vorliegender ausführlicher Abhandlung, der eine Tafel beigegeben ist, kommt Verf. zu folgenden Resultaten: Bei Hautkrebs besteht ein abnormes Wachsthum der Epithelien und eine Veränderung des fibrillären Gewebes der Cutis. Welcher

von beiden Processen der erste und der mächtigste ist, bleibt zweifelhaft; keinesfalls ist die Veränderung im fibrillären Gewebe die Folge des Drucks der Epithelialzellen. Lange bevor der Druck der Epithelien auf die Gefässe oder Gewebe wirken kann, beginnt die Absorption des fibrillären Gewebes in der Haut. Der Austritt der »Lymphkörper« in die Gewebe geht in derselben Weise, wie bei der Entzündung vor sich, besitzt aber nicht die Symptome der Entzündung, noch ihre Folgen, nämlich aus dem gelieferten Materiale neues Gewebe zu bilden. Die Umwandlung von Lymphkörpern in Epithel soll wie im normalen Gewebe von statten gehen, aber in quantitativ erhöhter, für das Epitheliom charakteristischer Weise; es besteht auch im gewissen Sinne eine epitheliale Infection.

Die minutiösen Details und die Excurse über Bindegewebe müssen im Originale eingesehen werden. **Pilz** (Stettin).

M. Bresgen. Mittheilungen aus dem Ambulatorium des Herrn Prof. Stoerk in Wien.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 1.)

Aus der Mittheilung des Verf. heben wir besonders hervor einen Fall von Stimmbandlähmung, welcher erst nach operativer Entfernung der hypertrophischen Tonsilla pharyngea durch Electricität zur Heilung gebracht wurde (Philipeaux). Besonders Gerhardt ist der Ansicht, dass auch überhaupt Irritamente der Rachenorgane auf dem Wege der Reflexlähmung Stimmlosigkeit bewirken können. In einem Falle von Adenom am vorderen Gaumenbogenrande bei einem 20jährigen Mädchen sah Gerhardt nach Abtragung der Geschwulst sofort Besserung der gleichzeitig bestehenden paralytischen Aphonie eintreten. Verf. glaubt, dass der n. glossopharyngeus, welcher mit seinem ramus lingualis die Schleimhaut des Arcus palatoglossus, die Tonsillen, sowie die obere Fläche der Epiglottis und der Zungenwurzel versorgt, durch seine mehrfachen Anastomosen mit dem Vagus und Sympathicus eine directe Ueberleitung der reflectorischen Lähmung als nicht unmöglich erscheinen lässt.

In dem von B. mitgetheilten Falle (18jähr. Mädchen) erfolgte in sehr eclatanter Weise nach der Entfernung der Rachendachgeschwulst eine Besserung der paretischen Erscheinungen des rechten Stimmbandes, was um so interessanter war, als bereits 14 Tage lang vorher der Inductionsstrom ohne jeden Erfolg angewendet war. —

Sodann möchte Ref. noch einer kleinen von B. vorgenommenen Verbesserung an dem aus Hartgummi fabricirten Insufflationsrohre gedenken. B. liess in letzterem ein sehr leicht reagirendes Ventil anbringen und zwar dicht vor dem Einfüllungseinschnitte (d. h. vom Arzte aus betrachtet). Das Ventil muss selbst gegen den leisesten Luftstrom reagiren. So ist der Arzt davor geschützt, dass ihm nicht bei luetischen und phthisischen etc. Patienten durch den Luftstrom der letzteren das Pulver in den eigenen Mund getrieben wird. **Tillmanns** (Leipzig).

J. W. Hunt. Case of paracentesis pericardii.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 375.)

Bei einer 16jährigen, mit acutem Gelenkrheumatismus von Neuem erkrankten Person bildete sich im Verlaufe eine Pericarditis aus, deren Dämpfung bald den grössten Theil der linken Seite einnahm. Wegen heftiger Beschwerden wurde die Aspiration im 4. Intercostalraume hart am Rande des Brustbeins versucht. Nach Entleerung einiger Drachmen seröser Flüssigkeit kam nur eine geringe Menge blutiger Flüssigkeit, dann nichts mehr, mochte man die Nadel in dieser oder jener Richtung wenden. Keine Erleichterung; Tod. Die Section zeigte den Herzbeutel von der Incisura sternalis bis in die linke Axillarlinie von Lunge wenig bedeckt, er enthielt 12—14 Unz. röthlicher Flüssigkeit und war an verschiedenen Stellen, so auch an der Punctionsstelle, mit dem Herzen verlöthet. **Pilz** (Stettin).

B. Kleberg. Zwei Ovariotomien mit günstigem Erfolge.

(Arbeiten d. Aerzte d. Odess. Stadthosp. 1876. II. Liefg. russ.)

1. Multiloculäre Cyste des rechten Ovarium: Pat., 35 Jahr, multipara, vor 4 Jahren die letzte Geburt, seit 1 Jahr keine Menses und zugleich Ent-

stehung einer Geschwulst rechterseits; allmäliges Wachsen bis zur Grösse eines Uterus im 9. Monat. Bei der Operation wird der 3″ breite und 2½″ lange Stiel im unteren Wundwinkel befestigt, die Wunde durch 5 tiefe Suturen geschlossen; der Verlauf fast fieberfrei, nach 5 Tagen Verheilung prima intentione, am 11. Tage Entfernung der Klammer.

2. Uniloculäre Cyste des linken Ovarium: Pat., 45 Jahr, anämisch, seit 1 Jahr keine Menses, seit 3 Jahren ein immens entwickelter Tumor des Unterleibes. Bei der Operation grosser Schnitt, leicht zu lösende Adhäsionen, der Stiel mit der Klammer im untern Wundwinkel befestigt, die Wunde mit 5 tiefen Nähten geschlossen. Verlauf fast fieberfrei; am 9. Tage Entfernung der Klammer und der letzten Naht; nach 1 Monat vollständige Heilung.

W. Grube (Charkow).

W. M. Coates. Case of epithelioma of the ovaries with ascites; removal of both ovaries; recovery.

(The Lancet 1876. Vol II. p. 892.)

Eine 43jährige Frau bemerkte seit 8 Monaten eine Geschwulst im Bauche, die stetig zunahm; grosse Ausdehnung des Bauches. Eine Punction entleerte 2 Gallonen ambrafarbener Flüssigkeit; jetzt findet man deutlich unter dem Nabel eine feste, in der Mittellinie gelegene Geschwulst, wenig beweglich, die den Uterus feststellt und hinter ihm per vaginam und rectum zu fühlen ist.

Ovariotomie. Viel ascitische Flüssigkeit. Man fühlt 2 distincte Tumoren, die wieder aus mehreren Conglomeraten bestehen, welche theilweise mit einander, theils mit anliegenden Theilen, Uterus und Netz, verlöthet sind. Bis auf eine feste Verwachsung des rechtseitigen Tumors, die mit dem Messer getrennt werden musste, reichte die Hand zur Ablösung aus. Die kurzen Stiele beider Ovarialtumoren wurden in eine gemeinsame Klammer gelegt. Da beim Herausführen derselben eine heftige Blutung entstand, so wurde die Klammer abgenommen, nachdem jeder Stiel mit Catgut unterbunden war; beide Stiele wurden versenkt. Vereinigung der Bauchwunde. Anfangs schwache Peritonitis; die ersten Nähte am 3. Tage entfernt. Heilung per prim. int. Ein am 16. Tage von C. zwischen Mastdarm und Vagina gefühlter, weicher Tumor wird als eine traumatische Hämatocele angesehen. Pat. hat nie wieder menstruirt. — Die mikroskopische Untersuchung ergab als Grundsubstanz ein weiches fibröses Gewebe, das an der Oberfläche mit Papillen, grösstentheils zusammengesetzten Papillen, überzogen war; die Papillen, von einer einfachen Schicht Cylinderepithel überkleidet, hatten die Tendenz, mit ihren Spitzen sich zu verbinden und cystenartige Räume einzuschliessen; das Grundgewebe war sehr gefässreich. C. macht darauf aufmerksam, dass er keinen ähnlichen Fall habe auffinden können und bejaht die aufgeworfene Frage, ob in solchen Fällen bei feststehender Diagnose eines malignen Tumors operirt werden solle oder nicht.

Pilz (Stettin).

Ayer. Imperforate anus.

(Bost. soc. for med. improv.)

(Bost. med. and surg. Journal 1876. Vol. II. p. 532.)

Collins (Dublin) beobachtete bei 16,654 Kindern nur 1 Fall von anus imperforat. Zohrer (Wien) 2 auf 50,000; Verf. in seiner Praxis unter 2000 dagegen 5; sämmtliche Kinder starben. Bei 3, von denen 2 einer Mutter entstammten, geschah kein operativer Eingriff; der letzte Fall, dessen Präparat vorgelegt wird, zeigte an Stelle des Anus eine anscheinend narbige Partie ohne Vertiefung. Dem Urin war Meconium beigemischt; der eingeführte Katheter war mit Meconium ebenfalls beschmutzt; am 5. Tage wurde 1¼″ tief an der muthmasslichen Stelle des Mastdarms ein Einstich gemacht, aber kein Meconium entleert. Tod. Section: Flex. sigm. lag in der rechten Darmbeingrube, Druck auf dieselbe entleert Meconium aus der Harnröhre in die pars membran. Die rundliche Oeffnung war klappenartig und liess eine gewöhnliche Sonde durch. Der verbindende schmale Gang war ¼″ lang; das Ende des Rectum blieb 1¼″ vom Perineum entfernt. — Jackson

bemerkt hierzu, dass nach seinen 12—15 Beobachtungen bei sonst gesunden Knaben der Darm bei Anus imperf. jedes Mal in die pars membr. urethra mündete.

Beach. Imperforate anus. (Ibid. p. 534.) Bei einem Kinde mit Anus imperf. wurde erst beim 3. Troikart-Stiche Meconium entleert. Tod innerhalb 24 Stunden. Genitalien, Leber, Milz und Nieren normal; von der Stichstelle aus hatte sich allgemeine Peritonitis entwickelt; die Därme waren fast überall miteinander verklebt; das Rectum bildete einen $1^1/_2''$ langen Blindsack, der durch eine feine Oeffnung mit dem diminutiven Col. desc. in Verbindung stand; das Colon reichte weiterhin nur bis zum rechten Leberlappen, wurde dann col. asc. und ging über in ein enges Coecum mit kleinem proc. vermif.; die Länge des ganzen Dickdarms betrug 6" und seine Weite $^1/_4''$, der Inhalt war nur Schleim; der Dünndarm vom doppelten Caliber des Dickdarms beginnt am Coecum, endet blind, unter der Leber gelegen, ohne den Magen zu erreichen. Vom Pylorus aus reicht ein 2. Dünndarm $1^1/_2$ Yard lang bis zur foss. iliac. und endigt hier blind, letzterer enthält Meconium; an seinem untersten Theile hatte die Punction Meconium entleert. **Pilz** (Stettin).

C. Reyher. Der Hydrocelenschnitt unter antiseptischen Cautelen.
(St. Petersb. med. Wochenschr. 1876. No. 28.)

Bei der Operation von 7 Hydrocelen und 1 Haematocele, in denen allen schnelle Heilung erzielt wurde, ersetzte Verf. den von Volkmann empfohlenen langen Schnitt durch einen kurzen, und glaubt dem letzteren den Vorzug geben zu müssen, weil durch denselben eine kürzere Heilungsdauer erzielt und die antiseptische Behandlungsmethode erleichtert werde. **W. Grube** (Charkow).

G. Goodman. Report of a case of elephantiasis scroti, with successful operation.
(The Lancet 1876. Vol. II. p. 889.)

Ein 54jähriger Bewohner der Insel Gira hatte eine Elephantiasis des linken Unterschenkels und des Scrotums; letzeres reichte fast bis zu den Fussgelenken, hatte an seiner Basis einen Umfang von 40", fühlte sich bis auf einige fluctuirende Stellen fleischig, fest an; die Haut war von normalem Aussehen, nur schwer abzuheben, die Dauer des Leidens nicht feststellbar. Verf. operirte in folgender Weise. Die Geschwulst wurde fest eingewickelt, dann $^1/_2$ Stunde hoch gehalten, in der Narkose an der Basis der Geschwulst, nachdem der Penis möglichst weit vorgezogen, eine Klammer angelegt; ein halbmondförmiger Schnitt bildete einen oberen, vorderen Lappen aus der $1-1^1/_2''$ dicken Wandung. Die Hoden waren vergrössert, anscheinend erkrankt und wurden nach Unterbindung ihrer Gefässe abgetrennt; nach möglichster Stillung der Blutung wurde ein unterer, hinterer Lappen gebildet; Lösung der Klammer, Vereinigung, directe Heilung. Die entfernte Geschwulstmasse betrug 42 Pfund. Unter der Haut und dem verdickten Zellgewebe fanden sich »zellenartige Cysten« mit gelblichem Inhalt und dichter Wandung. — **Pilz** (Stettin).

Zawadzki. Eine Amputation nach Gritti.
(Med. Westnik 1876. No. 43, russisch.)

An einem 36jähr. anämischen Bauern mit zerschmettertem, zum Theil mortificirtem rechtem Unterschenkel operirte Verf. nach Gritti mit Esmarch'scher Blutleere. Ligatur der Gefässe mit Catgut, Verband mit Heftpflaster und Watte. Der Wundverlauf ohne erhebliche Störung, nur ein schmaler Rand des Vorderlappens mortificirte. Nach 7 Wochen Heilung. — Verf. erörtert im Weiteren die Geschichte der Operation in Russland seit 1862 und betont als ihre Vorzüge: das Vermeiden von Eröffnung des Knochenmarkcanals und die für's Tragen von Stelzfüssen günstige Stumpfbildung. **W. Grube** (Charkow).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 24. Sonnabend, den 16. Juni. 1877.

Die Taxis des seitlichen Abbiegens und der Mechanismus der Kotheinklemmung.

Von

Dr. Hermann Lossen,

a. o. Professor der Chirurgie.

II. Theil.

(Schluss.)

Wir kommen zu dem dritten Abschnitte des Busch'schen Vortrages, zu dem Theil, der über das zuführende Schlingenende handelt. Hier giebt Busch (p. 81) unumwunden zu, dass »jedesmal eine kleine Communication zurückbleibt«. Gleich darauf sagt er aber: »Dies gilt eben nur von dem Experimente, aber keineswegs ist damit gesagt, dass bei dem Lebenden an dem zuführenden Schenkel nicht ebenfalls zeitweise vollständige Abknickungen vorkommen können und auch vorkommen werden«.

Ich habe sowohl in dem ersten*) wie in dem dritten**) Aufsatze über den Mechanismus der Einklemmung darauf aufmerksam gemacht, dass das zuführende Ende nach kürzerer oder längerer Dauer der Einklemmung sich ebenfalls schliessen könne und müsse. Es ist unnöthig, die dort gegebenen Erläuterungen zu wiederholen. Ich nannte den Vorgang Verschluss durch Schwellung, »Schwellungsstrictur«. Eine Absperrung des zuführenden Schenkels durch Ueberdruck in der Schlinge, wie dies Busch will, scheint mir physikalisch kaum gerechtfertigt werden zu können. Busch hätte vollkommen Recht, wenn die Kraft, welche die Schlinge entfaltet und aufbläht, in dieser selbst den Angriffspunct nähme. So wirkt die von Benno Schmidt***) angegebene Brausemischung, welche Gase in der vorliegenden Darmschlinge entwickelt, so der Fingerdruck auf den Schlingenscheitel im Roser'schen Versuche. In beiden Fällen zieht die sich dehnende Schlinge Darm und Mesenterium an beiden Enden nach abwärts und schliesst sich nach jeder Richtung hin durch Verkeilung. Nach der Ansicht von Busch, der ich mich anschliesse, wird die vorgefallene Darmschlinge durch die von oben herabrückenden Darmcontenta plötzlich gefüllt. Wie ist es da möglich, dass derselbe Druck, welcher der Flüssigkeit den Weg bahnt, ihn auch verschliesst? Wirkt denn der Druck, welcher die convexe Wand der Darmschlinge dehnt, nicht auch auf die im zuführenden Ende liegende Flüssigkeitssäule? Busch nimmt freilich für derartige Fälle an, dass gerade soviel Darminhalt nach abwärts getrieben werde, als die Schlinge unter einem bestimmten Drucke fassen könne, das zuführende Ende und die nächst oberen Darmpartien fielen wieder zusammen, sie seien ganz oder annähernd leer. Abgesehen davon, dass diese Annahme eine durchaus willkürliche ist, müsste man eine ausserordentlich enge Bruchpforte unterstellen, die nur unter grossem Drucke und unter ganz besonders günstigen Lagerungsverhältnissen am zuführenden Schenkel eine Füllung der Schlinge gestattet, beim Nachlassen des Druckes aber sofort die beiden Darmschenkel wieder eng umschliesst, — alles Bedingungen, welche der elastischen Einklemmung, nicht aber der in Rede stehenden Kotheinklemmung angehören. Unterlässt man derartige Voraussetzungen, so liegt kein Grund vor, warum der unter höherem Druck stehende Schlingeninhalt nicht nach rückwärts entweichen und eine Ausgleichung der Drucke herbeiführen sollte. Ein einfacher Versuch beweist das überdies. Lässt man, wenn die Darmschlinge unter einem gewissen Drucke z. B. 5 Ctm. Hg. gebläht ist, die Luft im zuführenden Ende langsam durch Oeffnen des Quetschhahnes, rasch durch Einschneiden des Darmes

---

*) Archiv f. klin. Chir. Bd. 17. p. 312.

**) Archiv f. klin. Chir. Bd. 19. p. 101.

***) Ich habe diesen schönen, von B. Schmidt in der I. Sitzung des IV. Congresses deutscher Chirurgen mitgetheilten Versuch nachgemacht und bei rascher Entwicklung der Kohlensäure den Roser'schen Verschluss erhalten.

abströmen, so tritt niemals Verschluss des zuführenden Schenkels im Bruchringe ein, die in der Schlinge angestaute Luft vertheilt sich nach oben, die Schlinge selbst sinkt zusammen.

Wenn im weiteren Verlaufe der Einklemmung Busch die Blutstauung und die Exsudation in die Schlinge und die Darmwände hervorhebt und verwerthet, so freue ich mich, dass hier unsere Wege wieder zusammenführen. —

Im vergangenen Jahre hat die Frage des Brucheinklemmungsmechanismus zwei neue Bearbeiter gefunden, welche die Theorie des Seitendruckes in der Bruchpforte ebenfalls zu der ihrigen machen, in anderen, näher zu besprechenden Puncten dagegen mehr oder weniger abweichende Ansichten vertreten.

Hofmokl*) findet

1. in dem eingeklemmten Darme nur dann Roser'sche Klappen, wenn die Darmschlinge schlaff und wenig gefüllt ist. »Sie verschwinden, sobald die Schlinge stärker gespannt ist und können somit bei grösserer Spannung der Schlinge unmöglich ein Hinderniss für die Reposition der Hernie bilden«. Er erklärt:

2. »Die Abknickung der gespannten Darmschlinge am äusseren Rande des Bruchringes ist nur Folge, nicht Ursache der Abklemmung«.

3. »Die Compression des abführenden Darmschenkels im Bruchcanal selbst genügt nicht, einen vollständigen, kräftigen Abschluss des abführenden zu bewirken«.

4. »Das wesentlichste mechanische Moment für die Incarceration dieser Art Hernien ist die feste Compression des abführenden Darmschenkels am inneren Rande des Bruchringes durch den geblähten zuführenden Schenkel«.

Man sieht, die ganze Auffassung des Einklemmungs-Vorganges ist im Grunde die gleiche, wie ich sie zuerst mitgetheilt habe. **Das geblähte zuführende Darmende comprimirt in der Bruchpforte das abführende.** Nur legt Hofmokl ganz ebenso wie Kocher**) besonderen Nachdruck auf die Compression des ausführenden Schenkels am inneren Rande des Bruchringes.

Ich habe den von Hofmokl zum Beweise der letzten These angestellten Versuch***) wiederholt und seine Behauptung bestätigt gefunden, sobald der Unterschied der beiden in einander geschobenen Glasröhren kein bedeutender ist. Zieht man aber eine vom Mesenterium befreite lange Darmschlinge durch eine Glasröhre von 20—30 Ctm. Länge und schiebt über das zuführende Ende ein kurzes nur 4 Ctm. messendes Röhrchen so tritt der Verschluss des abführenden Endes auch dann noch ein, wenn das verschiebbare Glasröhrchen ganz oben am Rande der Pforte übersteht und eine Ausdehnung des

*) Wiener med. Presse 1876 No. 3, 4, 5, 7.
**) Centralbl. f. Chir. 1875. No. 1. p. 5.
***) A. a. O. p. 156 mit Figur.

zuführenden Schenkels durchaus verhindert. Es gelingt der Versuch, sowohl wenn die Darmschlinge aus dem unteren Ende der Röhre hervorragt*), als wenn sie in derselben endet, zum Beweise, dass nicht etwa nur ein Abschluss am unteren Rande des Glasrohres stattfindet, dass vielmehr im Verlaufe des Bruchcanales das abführende Ende von dem zuführenden comprimirt wird. Nachdem so der vollständige Verschluss zu Stande gekommen, wie das Manometer anzeigt, kann man nun durch allmäliges Herausziehen des abführenden Schlingenendes die Darmschlinge selbst nach und nach verkürzen und sehen, bei welcher Länge noch eben die Compression in Wirksamkeit verbleibt. Es geschieht dies bis zu einer Schlingenlänge von ca. 8 Ctm; von hier ab brodelt die Luft bei dem Einklemmungsversuche stets durch das abführende Ende aus. Der Grund hiervon ist unschwer zu finden. Die übergeschobene engere Glasröhre erzeugt nicht etwa eine plötzliche im rechten Winkel absetzende, sondern eine trichterförmige Verengerung des zuführenden Endes. Sie gestattet daher auch ein Stück weiter nach abwärts noch kein inniges Anlegen der beiden zugekehrten mesenterialen Darmwände. Dazu kommt, dass die einströmende Luft hier zu rasch das abführende Ende erreicht, um durch Dehnung des zuführenden den Weg zu verlegen. Es tritt eben hier der Fall ein, den ich oben p. 357 erwähnt habe.

Uebrigens wurde dieser Versuch, dem man mit Recht den Vorwurf machen kann, er finde nicht seines Gleichen am Lebenden, nur angestellt, um die scharf formulirte These Hofmokl's zu prüfen. Da am Lebenden nur wirkliche Bruchringe oder sehr kurze Bruchpforten vorkommen, da ferner ein nachgiebiges Rohr über einer vorspringenden Kante sehr viel leichter durch Druck verschlossen werden kann, so stimme ich gern mit Kocher und Hofmokl darin überein, dass der Hauptverschluss des abführenden Darmschenkels an dem inneren, dem Bauchraume zugekehrten Rande des Bruchcanales stattfindet. Dabei möchte ich mit Hofmokl mehr die scharfe Kante betonen als mit Kocher die »Abknickung des Rohres«, die Winkelstellung Scarpa's, sagen wir besser, um keine neuen Missverständnisse zu erzeugen. Sie ist nach Kocher's eigenen Worten »die Folge der Blähung des zuführenden Schenkels«, sie tritt erst so recht zu Tage, wenn der Verschluss am abführenden Ende vollendet ist, sie kann schliesslich recht gut fehlen.

*) An dieser Stelle muss ich auf einen thatsächlichen Irrthum Hofmokl's aufmerksam machen. Bei Erwähnung des von mir angestellten Einklemmungsversuches in der Glasröhre sagt Hofmokl (a. a. O. p. 157): »Das Experiment mit dem geschlossenen Cylinder, welches Lossen für die Compression anführt, ist als solches richtig, passt jedoch nicht für einen nach beiden Seiten offenen Canal«. Ich habe hierzu zu bemerken, dass ich niemals einen geschlossenen Cylinder verwendet habe und überall von einer Glasröhre, selbstverständlich oben und unten offen, die Rede ist. Vergl. auch die betreffende Figur im Archiv f. klin. Chir. Bd. 19. Taf. III. Für den Versuch ist es durchaus gleich, ob die Darmschlinge unten heraussteht oder im Glasrohre endet.

In den Archives générales de médecine 1876 (August- und October-Heft) giebt Paul Berger eine Revue critique über alle Theorien der Brucheinklemmung, eine lesenswerthe Arbeit. Auch er schliesst sich der Ansicht an, dass bei der in Rede stehenden Form der Brucheinklemmung das ausgedehnte zuführende Schlingenende das abführende zupresse. Hören wir ihn selbst:*) »On peut constater, que le bout supérieur comprime dans l'anneau le bout inférieur qui est pour ainsi dire écrasé, aplati, contre son rebord inextensible par la distention du bout supérieur. Les matières qui ont pénétré par le bout supérieur dans l'anse la parcourent; arrivés de nouveau á l'anneau, elles trouvent l'issue fermée par la pression qu'exerce sur le bout inférieur le bout supérieur dilaté.«

Nachdem Berger dann noch das Einklemmungsexperiment**) in einem an der Leiche befindlichen Bruchsacke wiederholt und auch hier den gleichen Mechanismus bestätigt gefunden hat, fragt er sich: Was erzeugt nun die vollständige Abschnürung der Schlinge, was den Verschluss des bis dahin offen gebliebenen zuführenden Endes?

Er stellt darauf den Einklemmungsversuch an einer Leiche an, deren Gedärme noch in situ sind, zieht eine Dünndarmschlinge in eine künstliche Bruchpforte und bläst Luft ein. Je mehr sich die Schlinge bläht, um so mehr Darm rückt anfangs vom unteren Ende nach aussen, um so mehr Mesenterium wird nachgezogen. Schliesslich tritt ein Moment ein, in welchem der stärkste Luftdruck keinen Darm mehr nach abwärts treibt und das Mesenterium wie ein straffes Seil von der Bruchpforte bis zu seiner Insertionsstelle an der Wirbelsäule gespannt ist. Noch besteht die Communication der Schlinge mit den zuführenden Darmpartien. Da wird der Hahn des Injectionsapparates geöffnet, das zuführende Ende entleert sich, — aber die Schlinge bleibt straff gespannt, keine Luftblase entweicht durch die schlaff herabhängenden Schlingenenden. Durchtrennt man nun das strangförmig von der Bruchpforte zur Wirbelsäule reichende Gekröse und übt einen Druck auf die Schlinge, so strömt die Luft aus beiden Enden aus, beide sind plötzlich geöffnet worden.

Das gleiche Resultat erhielt Berger bei dem gewöhnlichen Einklemmungsversuche mit abgetrennter Darmschlinge, wenn er im Moment, wo der Hahn am zuführenden Ende geöffnet wurde, das Mesenterium in der Richtung seiner Vertebralinsertion anzog.

Berger schloss hieraus: das gespannte, nach seiner Vertebralinsertion gezerrte Gekröse schliesst im weiteren Verlaufe der Einklemmung auch das zuführende Darmende und versetzt hiermit den Darm in den wahren Zustand der Strangulation. Den Verschluss

---

*) Berger führt p. 206 den fundamentalen Einklemmungsversuch: Durchziehen einer Darmschlinge durch eine künstliche Bruchpforte und Aufblasen oder Anfüllen derselben mit Wasser auf O'Beirn zurück. Beschrieben habe ihn M. Gosselin. Wo, wird leider nicht angegeben. In Deutschland ist hiervon seither Nichts bekannt gewesen.

**) A. a. O. p. 208 im Augusthefte.

selbst erklärt er sich dadurch, dass das Mesenterium, bekanntlich an seiner Darminsertion am breitesten, ausserhalb der Bruchpforte dicker sei, als innerhalb. Durch den Zug nach innen werde der dickere Abschnitt in die Bruchpforte hereingezogen und gestatte nun dem zuführenden Darmschenkel weniger Raum. Also eine Verkeilung durch Zug von innen her.

Die Erklärung Berger's entspricht so wenig den Resultaten anderer Versuche, beispielsweise der Art, wie die Roser'sche Einklemmung zu Stande kommt — bekanntlich durch Zug am Mesenterium gerade in entgegengesetzter Richtung —, sie widerspricht so sehr den Erfolgen aller der Repositionsverfahren, welche eingeklemmte Darmschlingen nach innen zu ziehen und so zu lösen suchen, sie stimmt so schlecht zu der anatomischen Thatsache, dass Bruchkranke ausserordentlich schlaffe Mesenterien besitzen, dass man von vorn herein wohl berechtigt ist, Zweifel an der Richtigkeit zu hegen. Die Controll-Versuche rechtfertigen diese Zweifel vollkommen. Ich habe den Einklemmungsversuch mit der oben erwähnten Berger'schen Modification oft wiederholt und stets nur ein scheinbar zutreffendes Resultat erhalten. Füllt man nämlich die Darmschlinge mit Luft und lässt dann, während man das Mesenterium in der Richtung seiner Wurzel anzieht, aus dem zuführenden Ende die Luft plötzlich ausströmen, so entleert sich die eingeklemmte Schlinge allerdings nicht immer von selbst, dass aber dennoch beide Enden offen sind, das beweist ein leichter Druck auf die Schlinge, welcher sofort die Luft nach beiden Richtungen hin entweichen lässt.

Heidelberg, 3. Mai 1877.

G. Tizzoni. Sulla patologia della cartilagine ialina; communicazione preventiva.

(Gazz. delle Cliniche 1877. No. 16.)

Diese vorläufige Mittheilung bespricht theils den normalen Knorpel (Gelenkknorpel), theils dessen pathologische Veränderungen. Was den ersten anlangt, so ist derselbe aus Fibrillen zusammengesetzt, welche durch Mucin und collagene Stoffe zusammengehalten werden (Tillmanns, Arch. für mikrosk. Anatomie 1874 Bd. 10. p. 401—440; Centralbl. f. Chir. 1877 No. 11). Ausser durch chemische Agentien wird diese fibrilläre Structur durch Reizungszustände deutlich sichtbar. Diese Fibrillen bilden Schlingen, deren freie Enden gegen den Knochen gerichtet sind, in dessen Fasern sie überzugehen scheinen. In den ganz oberflächlichen Schichten sind die Fasern eine Fortsetzung der oberflächlichen Fasern der Synovialis. Die oberste Knorpelschicht ist nicht mit epi- oder endothelialen Zellen überkleidet, sondern mit Knorpelzellen. Im hyalinen Knorpel existiren weder Zellenfortsätze, noch eigentliche Saftcanäle.

Die Resultate der Versuche über Knorpelpathologie lassen sich

dahin resumiren, dass im Knorpel alle jene Zustände beobachtet werden können, welche wir im Bindegewebe auf Reize auftreten sehen, nämlich: Zellenatrophie, Proliferation, Knorpelneubildung, Exsudation, Eiterung, Wanderung etc. **Menzel** (Triest).

G. Leopold. Studien über die Uterusschleimhaut während Menstruation, Schwangerschaft und Wochenbett.

(Arch. f. Gynäkologie XI. p. 110—144.)

I. Theil. Die Uterusschleimhaut und die Menstruation. L. hat mit grosser Strenge aus der Litteratur und der eigenen Beobachtung das anatomische Material für seine Untersuchungen ausgewählt. Ausgeschlossen blieben alle Todesfälle nach acuten (namentlich Infections-) Krankheiten, bei denen es häufig zu Pseudomenstruation kommt; gefordert wurde eine sichere Anamnese und eine eingehende Schilderung des Zustandes an den Ovarien und Tuben sowohl als an der Gebärmutterschleimhaut. Dabei war der Verf. stets der erheblichen individuellen Schwankungen eingedenk, welche die Entwickelung der Uterusschleimhaut wie die der Ovarien, selbst bei gleichalterigen kräftigen Mädchen, geschweige denn bei Multiparen und unter dem Einfluss der verschiedenen allgemeinen und localen Erkrankungen aufweist. Chronologisch geordnet erhalten wir die Befunde vom 1.—10., vom 18., 21., 24. Tage seit dem Beginn der letzten und vom 3. und 2. Tag vor Eintritt der nächsten Menstruation. Unter diesen stammen 6 aus L.'s Beobachtung: je eine vom 1. Tag (19 jähr. Mädchen, † durch Sturz), vom 3. (20 jähr. Mädchen, † bei einer Explosion), vom 21. (34 jähr. Frau, die 3 Mal geboren hatte, † an Apoplexie) und vom 26. (23 jähr. Mädchen, † an Verbrühung) und zwei vom 8.—9. Tag nach Beginn der Menses (28 jähr. Mädchen, † an interstitieller Nephritis, und 38 jähr. Frau, seit 8 Wochen verheirathet, † an acuter Meningitis).

Es ergiebt sich, dass die Schleimhaut des Uterus durch die Periodicität der Blutungen den auffälligsten Wandlungen unterworfen ist: von einer Höhe von 2—3 Mm. während der Menstruation schwillt sie in der intermenstruellen Zeit bis auf 6—7 Mm. Dicke an, um mit der neuen Blutung wieder auf den früheren Dickendurchmesser herabzusinken. Die innere Oberfläche erscheint im Zustand der Schwellung wellig gefaltet. Von den die Schleimhaut constituirenden Drüsen, Gefässen und Drüsenzwischengewebe zeigt bei der Schwellung das letztere »Vermehrung der Zellplatten durch Kerntheilungen, die Drüsen nehmen beträchtlich an Länge zu und erweitern sich schon in der Tiefe, während die Gefässe bis kurz vor Beginn der Blutung noch nicht bemerkenswerth erfüllt sind«.

Als Grund für den Eintritt der letzteren haben Kundrat und Engelmann fettige Degeneration der Zellen des Interglandulargewebes, der Gefässe und der Epithelien angegeben. Die von ihnen hierfür vorgebrachten Beweise sind indess nach L. nicht stichhal-

tig. L. fand ausserdem (Fall VI) die geschwollene Schleimhaut noch wenige Tage vor Beginn der Menstruation frei von fettiger Degeneration.

Nach L. kommt es mit der acuten Hyperämie des Uterus und der Tuben, welche durch die Vorgänge am Eierstock veranlasst ist, zu beträchtlicher Anschwellung der Schleimhautgefässe und strotzender Füllung der oberflächlichen Capillaren. Aus diesen findet nun mehrere Tage hindurch »ein Austritt von rothen und weissen Blutkörperchen in ihre Umgebung statt, wodurch das Epithel, die oberste Zelllage der Schleimhaut und die Drüsenmündungen unterminirt und abgehoben werden.« Von einer stärkeren oder gänzlichen Abstossung der Schleimhaut (Williams) kann keine Rede sein.

Mit dem Eintritt der Blutung schwillt die Schleimhaut ab, das vorher aufgelockerte Gewebe verdichtet sich, die lang ausgezogenen Drüsen sinken zu spiraligen, weit ausgebuchteten Gängen zusammen. Mit dem Aufhören der Blutung geht die Regeneration der wunden Oberfläche der Schleimhaut, die bei gesundem Organ in kurzer Zeit, vielleicht schon in einem Tag, vollendet sein kann, Hand in Hand. Der Process ist nach L. sehr einfach: Die ausgetretenen Blutkörperchen werden theils resorbirt, theils abgestossen, die oberflächlichen Lücken werden durch Vermehrnng der Zellplättchen gefüllt und das Zwischengewebe durch junge vom Cylinderepithel der Drüsen nach aufwärts wachsende Zellen bekleidet, und zwar geschieht dies gleichzeitig auf der ganzen Schleimhautoberfläche.

Der causale Zusammenhang dieser wie Ebbe und Fluth periodisch wechselnden Zustände mit der periodischen Reifung der Eier lässt sich mit voller Klarheit noch nicht nachweisen. L.'s Fälle ergeben, dass von einer Periode zur andern die Rückbildung eines geborstenen Follikels stattfindet, während vor der neuen Blutung ein neuer Follikel nach dem Rand vorwächst und kurze Zeit (2 Tage, Fall VI) vor dem Eintritt aufbricht.

Da sich noch nicht behaupten lässt, dass dieser Typus der regelmässige ist, erscheint die Aufstellung der neuen Schwangerschaftstheorie, »dass nicht das Ei der letzten, sondern der zuerst ausbleibenden Periode das befruchtete sei«, noch nicht genügend begründet. Sie passt allerdings vortrefflich, wenn sich herausstellen wird, dass der reife Follikel wirklich für gewöhnlich und nicht ausnahmsweise vor der Blutung berstet.

Löhlein (Berlin).

Mader. Subcutane Injectionen von Carbolsäure.

(Pester med. chir. Presse 1877. No. 12. p. 186.)

M. injicirte sich unter die Haut des Handrückens eine Spritze von 2 % Carbolsäurelösung. Es entstand durch einige Secunden ein mässiges Brennen, dann folgte ein pelziges Gefühl, welches sich von der Injectionsstelle aus rasch an der Innenfläche der correspondirenden

Finger ausbreitete. Die Anästhesie des Handrückens blieb viele Stunden intensiv, nach 2 Stunden wurden mittelstarke faradische Ströme gar nicht empfunden.

Dann hat M. bei 23 Fällen von Arthritis rheumatica Injectionen über die entzündeten Gelenke gemacht.

Bei drei hochfebrilen Kranken schien die Wirkung der ersten Einspritzungen eclatant, indem Schmerz und Schwellung schnell abnahmen, spätere Wiederholungen liessen im Stiche.

Bei fieberlosem Verlaufe der Krankheit wurde in 11 Fällen Besserung der Schmerzen durch die Injectionen erzielt, 6 Mal war die Wirkung zweifelhaft, 1 Mal trat Verschlimmerung ein. Bestehende Schwellungen der Gelenke wurden nie beseitigt.

Bei 6 Fällen von Ischias trat auffallend gute Wirkung ein.

Bei Rheumatismus muscularis, pleuritischen Schmerzen, bei Pneumonien und Pleuritiden waren die Injectionen meist ebenfalls von beruhigender Wirkung.

Hingegen hatte M. bei Erysipelas migrans durchaus keine Erfolge. Im Gegentheil schritt das Erysipel über die injicirten Stellen mit der gleichen Geschwindigkeit, wie an den übrigen.

Leisrink (Hamburg).

C. Liebermeister. Ueber Wahrscheinlichkeitsrechnung in Anwendung auf therapeutische Statistik.

(Sammlung klin. Vorträge No. 110.)

Die bisher für Zwecke der medicinischen Statistik fast ausschliesslich benutzten Poisson'schen Formeln leiden an dem Mangel, dass die denselben zu Grunde gelegte Wahrscheinlichkeit von 0,9953 oder $^{212}/_{213}$ willkürlich angenommen ist, ferner dass die augenscheinliche Einfachheit der Rechnung nur erzielt wird auf Kosten der Genauigkeit, insofern als unbequeme oder weniger wesentliche Glieder einfach weggelassen werden, und endlich, dass demzufolge auch die Resultate der Rechnung nur dann annähernd richtig sein können, wenn die Beobachtungsreihen aus sehr grossen Zahlen, d. h. Hunderten und Tausenden bestehen. Dies letztere Postulat zu erfüllen ist aber bei statistischer Vergleichung zweier verschiedener Behandlungsweisen dem praktischen Arzte für gewöhnlich nicht möglich. Verf. hat daher neue Formeln berechnet, welche für jedes vorliegende Beobachtungsmaterial genau angeben, mit welchem Grade von Wahrscheinlichkeit in den Erfolgen eines Heilverfahrens der Zufall ausgeschlossen ist. Wir müssen bezüglich des mathematischen Details und der im Auszuge nicht gut wiederzugebenden Formeln selbst auf p. 8—12 des Originals verweisen.

Die praktische Anwendung und zugleich die Brauchbarkeit der L.'schen Methode wird an 6 Beispielen ausführlich erläutert. So hat Verf. z. B. für die ersten mit Salicylsäure behandelten 14 Rheumatismus-

fälle Stricker's mit Hülfe seiner Formeln ausgerechnet, dass sich, trotz der geringen Zahl von Beobachtungen, dennoch 50000 gegen 1 wetten lässt (Wahrscheinlichkeit von 0,999982397), dass der günstige Erfolg jener 14 Fälle nicht auf Zufall beruhe, sondern der neuen Behandlungsweise zukomme. **A. Hiller** (Berlin).

Schalle. Bericht über die Ohrenstation im Garnisonlazareth zu Dresden vom 1. September 1871 bis 31. März 1874.

(Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XII. Hft. 1 und 2.)

Auf der in jeder Hinsicht vortrefflich eingerichteten Station wurden in der oben angegebenen Zeit 300 Ohrenkranke behandelt. Von diesen wurden entlassen: geheilt 147, gebessert 63, auf eine andere Station verlegt 11, ungeheilt, aber diensttauglich 17, dienstuntauglich 61, gestorben 1.

Die Reichhaltigkeit der Fälle ergiebt folgende Uebersicht der behandelten Erkrankungen:

Eczema auriculae (5), Othaematoma (1), Cystis atheromatosa auriculae (2), Corpus alienum in meatu auditorio externo (1), Ceruminis acumulatio (17), Otitis externa circumscripta (5), Ot. ext. diffusa (17), Vulnus membranae tympani (15), Sturz auf den Kopf (2), Streifschuss des Schläfenbeins (2), Schussdetonation (1), Schlag auf das Ohr (9), Eindringen eines Strohhalmes (1), Extravasatio sanguinis in membrana tympani (Schlag auf's Ohr 1), Myringitis acuta (3), Myr. chronica (1), Otitis media catarrhalis acuta (32), Ot. med. cat. chronica (74), Ot. med. purulenta acuta (34) (Verf. empfiehlt die frühzeitige Paracentese), Ot. med. purul. chronica (5), Cicatrices membranae tympani (10), Polypus in cavo tympani (4), Contusio labyrinthis (10), Sturz auf den Kopf (1), Sturz vom Pferd (1), Schussdetonation (4), Schlag auf's Ohr (4), Apoplexia nervi acustici et facialis (1), Caries ossis temporum (2), Otalgia (3), Simulatio (3).

Die wichtigeren Erkrankungen werden in zahlreichen, casuistischen Mittheilungen näher erörtert; Betrachtungen der einzelnen Ohrenaffectionen vom militärärztlichen Standpuncte bilden den Schluss der Arbeit. **Th. Kölliker** (Würzburg).

Guyon. Résultats du pansement de Lister.

(Bulletin de la société de chirurgie 1876. No. 6. Séance du 24. Mai.)

G. referirt über den Heilungsvorgang bei 7 grösseren Operationswunden, unter Anwendung von Lister's Methode. Darunter sind 3 Mammaamputationen (Heilung in ca. 12—15 Tagen); 1 Oberschenkelamputation (Arthrit. fungos. genu. — Heilung in 4 Wochen); 1 supramalleoläre Unterschenkelamputation (Caries tarsi et metatars. — Heilung complet in 17 Tagen); 1 Herniotomie (Hernia

inguino-scrotal. incarcerat. — Heilung complet in 12 Tagen); 1 Castration (Cancer testiculi. — Heilung complet in 20 Tagen).

G. hebt die auffällig kurze Heilungsdauer hervor, welche er zuvor nie beobachtet. Desprès sieht hierin nichts, was nicht auch bei Anwendung einer andern Methode zu erreichen wäre, und will überhaupt der Lister'schen Wundbehandlung keine besonderen Vorzüge zuerkennen, wogegen jedoch Lucas-Championnière, unter Anführung seiner eigenen, einschlägigen Erfahrungen und jener Volkmann's, mit Recht die Bemerkung fallen lässt, Desprès müsse sich vor Allem erst dazu bereit finden, Lister's Verfahren zu prüfen, bevor er ein bestimmt absprechendes Urtheil abgeben könne. **Fr. Steiner** (Wien).

Estländer. Méthode d'autoplastie de la joue ou d'une lèvre par un lambeau emprunté a l'autre lèvre. —

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. No. 5.)

E.'s Methode (vergl. 1872 Nordiskt mediciniskt Archiv und Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie) besteht im Wesentlichen darin, dass zum Ersatz von Defecten der einen Lippe (auch für Defecte der Wange eignet sich das Verfahren) die andere in der Weise benutzt wird, dass dieselbe die Basis des Ersatzlappens bildet, wobei die Ernährung durch die Art. coron. lab. geschieht.

Die drei beigegebenen und durch Figuren ergänzten Operationsgeschichten betreffen:

1. Defect der rechten Seite der Unterlippe bis zum Kinn reichend nach Entfernung eines Epithelioms. Dreieckiger Lappen mit der rechten Seite der Oberlippe als Basis, die Spitze geht bis oberhalb des Foramen infraorbitale.

2. Defect der rechten Wange, des rechten Nasenflügels und des grösseren Theiles der Oberlippe nach Noma.

Ersatzlappen, dessen Basis die rechte Hälfte der Unterlippe bildet. Ein Einschnitt in den äusseren Rand des Lappens dient zur Herstellung des Nasenflügels. Nach vollständiger Vernarbung wurde der Stiel des Lappens durchschnitten und so dem Mund seine normale Form wiedergegeben.

3. Defect des unteren äusseren Theiles der rechten Wange und eines Theiles der Unterlippe. Gangrän nach Fleckfieber. Stetige Kieferklemme; gehoben durch Resection. Bildung einer neuen Wange durch einen grossen Lappen, mit der rechten Seite der Oberlippe als Basis.

Das Charakteristische der Methode liegt darin, dass der Lappen keine Basis im gewöhnlichen Sinne hat, sondern der übrigen Lippe nur durch einen Stiel, der die Ernährung besorgt, anhängt.

Um die den Lappen ernährende Art. coron. nicht zu verletzen, räth Verf. eine Nadel durch die betreffende Lippe zu stossen so zwar, dass die Arterie zwischen Nadel und freiem Lippenrand sich befindet. Es lässt sich dann die Arterie leicht fixiren und auch die Grenzen des Lappens sind leichter zu bestimmen.

Der Hauptvortheil der Methode beruht in der grossen Dehnbarkeit der Lippenschleimhaut.

Durch eine horizontale Incision lässt sich nach der Vernarbung, wenn es nöthig wird, die Mundöffnung vergrössern. —

Th. Kölliker (Würzburg).

Kornalewski. Zur Casuistik der congenitalen Sacralgeschwülste.

Inaug.-Diss. Leipzig, **H. Kessler.** 1876.

Eine 30 jährige Frau, die schon 4 mal geboren hatte, gebar leicht ein Mädchen mit einem faustgrossen Tumor in der Steissbeingegend, der in der nächsten Zeit schnell wuchs. Nach $3^1/_2$ Monaten starb das Kind. Die Section ergab einen kindskopfgrossen Tumor, der mit breiter Basis der hinteren Kreuzbeinfläche und der Gegend der Nates aufsass. In den oberen Partien war er locker mit dem Steissbein durch einen kurzen, derben Stiel verbunden. Die tiefste Partie des Tumor erreichte die Kniekehlen. Der Anus war um 3 Ctm. nach unten gedrängt. Rectum durchgängig. Umfang 33 Ctm. Die Haut lag der Geschwulst locker auf. Im obern Abschnitt war deutliche Fluctuation mit höckrigen Prominenzen in der Tiefe; im untern Abschnitt sass eine compakte, fleischige, nicht fluctuirende Masse. Der Gesammttumor war von einer fibrösen Kapsel eingeschlossen. Der derbe Stiel entsprang von der Vorderfläche des nach oben und hinten gedrängten Steissbeins vom letzten Sacralwirbel und vom rechten Rande des os coccygis und reichte aufwärts bis zur rechten Synchondrosis sacro-iliaca. Der Sack der Dura mater setzte sich bis in das Innre der Geschwulst fort und es schien die ganze Geschwulstmasse nur eine Fortsetzung und Ausstülpung der Meningen des Rückenmarks.

Die makro- und mikroskopische Untersuchung ergab, dass die cystöse Geschwulst eine Meningocele durae matris spinalis mit cystogliosarcomatösen Neubildungen war. **Leopold** (Leipzig).

L. Verebelyi. Angeborner Klumpfuss, durch subperiostales Evidement des Talus geheilt.

(Pester med. chir. Presse 1877. No. 14. p. 224.)

Bei einem $5^1/_2$ Jahr alten Mädchen führte V. die obengenannte Operation aus, nachdem er vergebens Tenotomie und Gypsverband versucht. Er führte den Schnitt parallel der Längsaxe des

Talus, hebelte das Periost ab und kratzte den spongiösen Knochen aus, mit Schonung der Gelenkflächen.

Es gelang leicht, den Fuss in die normale Stellung zu bringen, in welcher ein gefensterter Gypsverband ihn erhielt.

Später wurde ein Schienenverband angelegt. Es soll vollständige Heilung eingetreten sein. **Leisrink** (Hamburg).

N. Davies-Colley. A case of resection of the tarsal bones for congenital talipes equino-varus.

(Lond. med. and chirurg. soc.)

(Brit. med. Journal 1876. Vol. II. p. 526.)

Trotz der Fortschritte in der Behandlung des Klumpfusses giebt es immer noch Fälle, in denen eine frühe Behandlung nicht versucht oder nicht genügend erfolgreich gewesen ist; für diese Fälle und diejenigen, in welchen der Pat. selbst an Stelle der langdauernden und kostspieligen mechanischen Behandlung schneller geheilt werden will, empfiehlt Verf. die keilförmige Aussägung aus dem Tarsus, indem er wie Little und Davy zuerst das os cuboid. entfernt, dann aber noch mit Säge und Messer Theile der oss. calcan. astragal., scaphoid., cuneif. und die Knorpel-Ueberzüge der beiden äusseren Mittelfussknochen abträgt. Operation sowohl, als auch Nachbehandlung geschehen unter antiseptischen Massnahmen; Esmarch's Einwickelung erleichtert die Operation. Die vom Verf. vorgestellte 12jährige Pat. konnte in der 9. Woche mit Unterstützung gehen; in der 10. waren alle Wunden geheilt, bald konnte Pat. ohne jede Hülfe gehen. Jetzt nach $^1/_2$ Jahre legt die Operirte 6 englische Meilen ohne besondere Mühe zurück. — **Pils** (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

N. D'Ancona. Del fosforo nella cura dell' alcoolismo cronico.

(Gazz. med. ital. prov. Ven. 1877. No. 13.)

In zwei Fällen von chronischem Alkoholismus erzielte Verf. recht günstige Resultate durch fortgesetzten Gebrauch von Phosphor. Dem einen Kranken gab er denselben als Zinkphosphür von 2—15 Ctgm. p. die, dem andern als reinen Phosphor in der Höhe von 10 und selbst 20 Mgm. p. die. Sowohl die Schwäche des Körpers als auch die des Geistes sollen entschieden abgenommen haben.

Menzel (Triest).

C. L. Edward's. A case of hydrophobia.

(Bost. med. and. surg. Journ. 1877. Vol. I. p. 303.)

Angeblich im August 1876 von einem Hunde gebissen empfand Pat. am 14. Febr. 1877 plötzlich an der Narbe einen heftigen Schmerz, der sich auf Arm und Schulter verbreitete. Am folgenden Tage bestanden Schlingbeschwerden, denen sich schnell Athembeschwerden hinzugesellten. Trotz Morphium und Chloralhydrat erfolgte unter schweren Krämpfen innerhalb 62 Std. nach Beginn der Schmerzen der Tod. Keine Section.

A. Cooper. Symptoms of poisoning following the application of extract of belladonna to the scrotum.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. 1. p. 164.)

Ein Mann mit syphilitischer Orchitis bekam in Lok-Hospital durch 2 Tage eine Einreibung von Ungt. cin. und Extr. belladonnae auf das unverletzte Scrotum, um die unerträglichen Schmerzen zu mindern. Pat. wurde tobsüchtig, stand immer aus dem Bette auf, sprach mit imaginären Personen; klagte über Schmerzen im Vorderkopfe, Trockenheit im Halse. Einmal erfolgte Erbrechen und mehrmals Stuhlausleerungen; grosse Weite der unempfindlichen Pupillen deutlich ausgesprochen. Nach Beseitigung der Salbe gingen unter warmen Bädern in wenigen Tagen alle bedrohlichen Erscheinungen zurück. — **Pilz** (Stettin).

Chouppe. Note sur deux cas de phlegmasia alba dolens à la suite de la fièvre typhoide.

(Gaz. méd. de Paris. 1877. N. 11.)

Ch. berichtet über zwei Fälle von Phlegmasia alba dolens nach Typhus. Heilung in beiden Fällen, doch stirbt der zweite Kranke nach einigen Monaten an Lungentuberkulose. Bei der Section finden sich in den seiner Zeit ergriffenen Venen organisirte Thromben. — **Th. Kölliker** (Würzburg).

G. Rosmini. Sopra un case di cherato-plastica eseguita mediante innesto di una cornea di coniglio.

(Gazzetta med. ital. — Lombardia 1877. No. 17.)

An einem 21jährigen Manne, welcher durch Minenexplosion ein Auge vollkommen, an dem andern die Cornea verloren hatte, machte R. den Versuch einer Cornea-Transplantation vom Kaninchen her. Er präparirte zunächst das menschliche Auge dadurch, dass er in das Narbengewebe eine Pupille schnitt und ringsherum die Conjunctiva von der Sclera ablöste. Sodann schnitt er dem Kaninchen die Cornea mit einem Saum von Conjunctiva aus, und legte sie auf die Wundfläche des menschlichen Auges und zwar so, dass die Conjunctiva des Kaninchens von der des Menschen bedeckt wurde. Darauf Druckverband. Nach 48 Stunden Cornea hell und hervorgewölbt. Nach 14 Tagen trübe, wie bei parenchymatöser Entzündung. Ueber das weitere Schicksal der Cornea erfahren wir leider nichts, da Verf. seine am 6. April ausgeführte Operation schon am 20. April. veröffentlichte.

Menzel (Triest).

J. Adams. Case of acute distension of Wharton's duct giving rise to inflammatory swelling; threatening suffocation.

(Brit. med. Journ. 1876. Vol. 2. p. 493.)

Vorstehende Affection wurde bei einer 31jährigen Frau beobachtet, die Schwellung betraf die Schleimhaut des Bodens der Mundhöhle, die Zunge und äusserlich die Gegend hinter den Kieferwinkeln. Neben dem Zungenbändchen traf man jederseits auf eine der stark geschwollenen Schleimhaut ziemlich fest adhärirende Membran, die nach der Entfernung sich schnell wieder bildete, und aus Epithelien ohne Pilzformen bestand; der Speichel floss andauernd aus dem Munde. Im weiteren Verlaufe nahm die Schwellung gleichmässig zu, nirgends Fluctuation; eine distinct harte Stelle ist in der rechten Zungenpartie fühlbar; mehrfache Anfälle von Dyspnoe; am 7. Tage entleert sich spontan eine Menge gelblicher Flüssigkeit unter der Zunge. Auf äusseren Druck sieht man dieselbe aus einer rechts vom Zungenbändchen gelegenen Oeffnung herausfliessen; die eingeführte Sonde dringt in eine grosse in der Zungensubstanz und weiterhin zur Unterkieferdrüse zu gelegenen Höhle; schnelle Besserung. Die Ursache dieser Retention im Wharton-schen Gange konnte A nicht eruiren. Er schliesst kurz eine 2. gleiche Beobachtung bei einem 10jähr. Kinde an. **Pilz** (Stettin).

M. Sée. Tumeur du larynx et de la trachée consécutive à l'ouverture dans les voies aériennes d'un kyste tyroide. Accès de suffocation. Mort.

(Bulletin et mémoire de la société de Chirurgie de Paris. 1876. Tom. II.)

Eine 55jährige Frau, früher ganz gesund, litt seit 6 Monaten an Athembeschwerden und zeitweiligen Erstickungsanfällen. Vesicatore, Jodpinselungen etc. waren erfolglos geblieben.

Es besteht eine harte und fixirte Schwellung im linken Lappen der Schilddrüse; Larynx und Trachea sind nicht verschoben, die Spiegeluntersuchung des Kehlkopfes ergiebt normales Aussehen. Bei Gebrauch von Jodkalium innerlich dauern die Erstickungsanfälle fort: in einem derselben verschied Pat., ehe die Tracheotomie gemacht werden konnte.

Die Section ergab multiple Cysten im linken Schilddrüsenlappen. Kehlkopf- und Trachealschleimhaut sind ganz normal, doch ragt 1 Ctm. unterhalb der wahren Stimmbänder, von gesunder Schleimhaut bedeckt, eine flache Geschwulst ins Lumen der Luftröhre, die 2 Ctm. lang, 1 Ctm. breit, 5 Mm. hoch und auf ihrer Höhe etwas eingesunken ist. Den Inhalt derselben bilden schleimig erweichte Massen. Es sitzt die Anschwellung dem gesunden Knorpel (Ringknorpel und oberster Trachealring) fest auf und es communicirt ihre Höhlung mittelst einer Oeffnung in der membrana crico-trachealis mit einer grösseren Höhle innerhalb der Schilddrüse.

Mehrfache Cysten der Schilddrüse zeigten, von derben Kapseln eingehüllt, einen ähnlichen schleimig erweichten Inhalt, wie der erstgenannte Tumor. Eine vollständige Section durfte leider nicht ausgeführt werden.

S. nimmt an, eine der Schilddrüsencysten habe sich geöffnet, und der ausgetretene Inhalt habe im Drüsengewebe eine Entzündung verursacht. Es sei dann die membrana crico- trachealis durchgebrochen und die Flüssigkeit habe sich unter der Schleimhaut der Luftwege angesammelt. Diese sei allmälig auf der Höhe der Anschwellung in feiner Oeffnung durchbohrt, und der Inhalt sei zeitweise in die Luftwege ausgetreten, Husten und die Erstickungsanfälle veranlassend, deren letzter den Tod der Patientin herbeigeführt hatte. **A. Genzmer** (Halle).

Chvostek. Zwei Fälle von Sarcom der Wirbelsäule.

(Wiener med. Presse 1877. No. 6 u. ff.)

Der erste Fall, primäres Sarcom der Wirbel, betrifft einen 21jährigen Soldaten, der anfangs über Ermüdung, vage Schmerzen und Unmöglichkeit der Stuhlentleerung klagte (das letztere Symptom ist, da der Kranke constatirtermassen gar keine Anhäufung von Faeces im Darm zeigte, weshalb er für einen Simulanten gehalten wurde, vielleicht auf eine bereits bestehende Sensibilitätsstörung im unteren Theile des Rectum zurückzuführen, welche später ein sehr auffallendes Merkmal bildete. Ref.). Später trat Schwäche in den Beinen und ziemlich plötzlich vollständige Lähmung derselben auf; Harn- und Stuhlverhaltung, Aufhebung der Sensibilität unterhalb einer horizontalen Ebene, die man sich $1^1/_2$ Zoll oberhalb des Nabels durch den Körper gelegt denken konnte. Local war ausser Schmerzhaftigkeit bei Druck auf den 10. Brustwirbel Nichts zu entdecken. Diagnose: Spondylitis. Unter Zunahme der Schmerzen in der Brustwirbelsäule und Entwicklung von tiefgreifendem Decubitus an vielen Stellen trat der Tod ein. Die Section ergab den 9., 10. und 11. Rückenwirbel durchwuchert von einem medullaren, kleinzelligen Sarcom, die Wirbel in Stücke zerfallen, die Medulla breiig erweicht, sämmtliche Weichtheile an dieser Stelle jauchig; ausserdem fand sich ein Infarct in der Milz, Cystitis, gangränöser Decubitus. — Der zweite Fall betrifft ein secundäres Sarcom der Wirbelkörper, welches 4 Jahre nach Exstirpation eines Sarcoms der Mamma nebst Geschwulstmetastasen in mehreren inneren Organen entstanden war. Die Symptome waren ähnlich wie in dem vorigen Falle: Lähmung und Sensibilitätsstörung der unteren Körperhälfte; anfangs Harn- und Stuhlverhaltung, später Lähmung der Sphincteren. **Winiwarter** (Wien).

Cras. Observation de fibro-adénome du sein jauche d'origine très-ancienne. Ablation. Guérison.

(Bulletin et mémoire de la société de chirurgie. Séance du 10 janvier 1877.)

C. beobachtete bei einer 35jährigen Frau in der linken Brust einen harten, gelappten, beweglichen Tumor, der als festes Knötchen seit der Pubertät bestanden haben sollte. Seit einigen Wochen war die Frau schwanger und seit dieser Zeit war der Tumor bis zur Grösse zweier Fäuste rapid gewachsen. Die Operation wurde bis zum Ende der Schwangerschaft verschoben. Zwei Monate nach der Entbindung stellte sich die Frau in sehr heruntergekommenem Zustande wieder vor. Der Tumor war noch beträchtlich gewachsen. Aus der kranken Brust entleerte sich fortwährend Milch, während die gesunde bereits aufgehört hatte, zu secerniren. Entfernung des Tumors, wobei zahlreiche Gefässunterbindungen nöthig wurden. Keine Naht, Alkoholverbände. Während des Heilungsverlaufes bestand längere Zeit eine Secretion von Milch aus einem isolirten Drüsenlappen, der am innern Wundwinkel zurückgelassen war. — Der entfernte Tumor wog 6,8 Kilo.; auf dem Durchschnitt zeigten sich breite Lacunen und Oeffnungen von dem Caliber eines Gänsefederkiels, in welche sich die Ausführungsgänge der gleichmässig verzweigten, in fibroides Gewebe eingebetteten Drüsenbläschen öffneten.

Kraske (Halle).

Roger. Ileus guéri par l'insufflation.

(Gaz. des hôpit. 1877. No. 14.)

Ein 35jähriger, früher gesunder Mann, erkrankte nach einem Diätfehler, an Erbrechen und Colikschmerzen. Stuhl trat auch auf Klystiere und Darreichung von Drasticis 48 Stunden lang nicht ein, während der Zustand sich verschlimmerte; in der linken Weichengegend, zwischen der letzten falschen Rippe und der Crista ilei war ein harter, höckeriger, schmerzhafter Tumor fühlbar. R. führte endlich ein Mutterrohr in das Rectum ein und blies mittelst eines Blasebalges Luft in den Darm. Zweimal ausgeführt, hatte die Procedur drei Stunden später ausgiebige Entleerungen zur Folge, die mit etwas Blut gemischt waren. (Allerdings waren die Drastica nebenbei ebenfalls angewendet worden.) Rasche Genesung ohne bleibenden Nachtheil.

Winiwarter (Wien).

Mo. Assenza del rene dastro.

(Gazz. delle cliniche 1877. No. 14.)

Februar dieses Jahres secirte M. die Leiche eines 52jährigen Mannes, in welcher die rechte Niere und der rechte Ureter vollkommen fehlte. Ebenso fehlte jede Spur einer arteria renalis. Die linke Niere war von normaler Form, doch erheblich vergrössert und sass an normaler Stelle.

Menzel (Triest).

H. Tuck. Case of atresia ani vaginalis.

(Bost. med. and surg. Journ. 1876. Vol. II. p. 283.)

Bei einer Primipara fühlte der vom Damm aus in die Vagina geführte untersuchende Finger den Kopf wie durch eine Scheidewand hindurch. Der Finger selbst war mit Fäces beschmutzt. Die Ocularinspection zeigte den Damm dunkel pigmentirt; an Stelle des Afters fühlte man eine Vertiefung, gerade als ob hier unter der Haut ein mit einem Schliessmuskel versehener After läge. Nach Auseinanderziehung der grossen Labien sah man $1/2''$ über der hinteren Commissur eine Scheidewand, welche die hinter ihr liegende, mit einem schwachen Ringmuskel versehene Aftermündung von der Vagina trennte. Pat. wusste von dieser Anomalie nichts, konnte stets ihren Stuhlgang gut halten, klagte nur über vielfache Stuhlverstopfungen.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 25. **Sonnabend, den 23. Juni.** **1877.**

Die Veränderungen der Pupille in der Chloroformnarkose.

Von

Dr. H. Schläger.

Die bei 122 Fällen im Laufe des letzten Winters auf der chirurgischen Klinik in Göttingen genau beobachteten Veränderungen der Pupille in der Chloroformnarkose ergaben folgende Resultate:

Eingetheilt wurde die Narkose in das Stadium 1) der bewussten Empfindung, 2) der Excitation und 3) der Toleranz.

In den beiden ersten Stadien war die Pupille in den meisten Fällen von gewöhnlicher Weite, in wenigen Fällen dicht vor dem Uebergange in die Toleranz ganz weit und für Lichteindrücke empfindlich; in dem dritten Stadium, dem der Toleranz, konnten wir in 120 Fällen absolute Enge und in 119 absolute Bewegungslosigkeit der Pupillen constatiren.

Als ein bedrohliches Symptom von Chloroformvergiftung mussten

wir es ansehen, wenn im Stadium der Toleranz die enge Pupille mit einem Schlage weit wurde, was wir in 2 Fällen beobachteten, in dem einen Falle schien die Beeinträchtigung von Seiten des Herzens, in dem anderen von Seiten der Lunge auszugehen, in beiden war es möglich, durch Vorschieben des Kiefers und durch Einleitung der künstlichen Respiration das Leben wieder hervorzurufen.

Einen praktischen Wink für den Chloroformirenden möchten wir noch geben. — Beginnt die Pupille im Stadium der Toleranz wieder der gewöhnlichen Weite zuzustreben, so ist das Stadium der Excitation in der Nähe und man muss wieder Chloroform geben, beginnt aber die Pupille im Stadium der Toleranz beim anhaltenden Chloroformiren plötzlich weit zu werden, so ist sofort das Chloroform auszusetzen. Wir glauben — indem wir die Ueberwachung der Athmung als beste und sicherste Garantie für den günstigen Ablauf der Narkose anerkennen, — als Hülfsmittel die Pupillenveränderung mit hinzuziehen zu dürfen.

Göttingen, im April 1877.

Roser. Das dreihändige Meisseln.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 1. p. 145.)

R. gebraucht seit vielen Jahren beim Meisseln die Methode, dass er den Meissel hält und leitet, das Schlagen mit dem Hammer aber durch einen Assistenten besorgen lässt. Diese Methode lässt an Sicherheit, Präcision und Schnelligkeit des Operirens nichts zu wünschen übrig. Besonders in jenen Fällen hat das dreihändige Meisseln grossen Werth, wo man in der Tiefe bei unvollständigem Zugang des Lichts nur unter Controle des tastenden Fingers meisseln muss, also in vielen Fällen von Nekrotomieen. Auch bei Resectionen und Gelenkexcisionen gewährt diese Methode des Meisselns der Säge gegenüber grosse Vortheile. Beim Hüftgelenk kann man mittelst eines relativ sehr kleinen Weichtheilschnittes die Excision des Schenkelkopfes mit dem Meissel vornehmen.

Was die Meissel selber anbetrifft, so müssen dieselben lang und mit einem dicken Knopf am oberen Ende versehen sein.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

W. M. Baker. On necrosis without suppuration.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 266. Lond. med. chirurg. Soc.)

Ein 20jähr. Mann, seit 10 Wochen an Schmerzen und Schwellung des rechten Beines leidend, erhielt kurz vor Eintritt in's Hospital eine spontane Fractur des rechten Oberschenkels in seinem mittleren Drittel; am Oberschenkel fand sich eine starke, diffuse Schwellung vom Kniegelenk bis zum Trochanter reichend, am stärksten in der Mitte des Oberschenkels; die bedeckenden Weichtheile waren normal. In Voraussetzung eines malignen Tumors wurde bei dem sehr heruntergekommenen Pat. erfolgreich die Exarticulation im Hüftgelenke

gemacht. Das Präparat zeigte eine totale Nekrose des Oberschenkels mit starker Knochenwucherung von Seiten des Peri- und des Endosteum; theilweise war der Sequester gelöst, theilweise war er fest; nirgends eine Spur von Eiterung. B. giebt folgende Schlusssätze.

1) Der ganze Knochenschaft eines langen Knochens kann absterben, ohne dass Eiterung eintritt.

2) Necrose eines Röhrenknochens kann bei abwesender Eiterung einen malignen Process vortäuschen und zur spontanen Fractur führen.

3) Diese Form von Nekrose weicht in ihren Symptomen von der gewöhnlichen bedeutend ab, sie ist die Folge einer Reihe von Veränderungen, deren Ausgangspunct chronische Entzündung mit Hypertrophie und Sclerose bildet.

4) Bei dieser Form liefern das Endosteum und das Periosteum viel neue Knochensubstanz.

5) Diese Form ist als necrosis intraossea besonders aufzufassen.

6) Gewisse Fälle der necrosis intraossea lassen keine locale Behandlung zu, sondern erheischen die Amputation. **Pils** (Stettin).

Bollinger. Ueber Haemoglobinurie (»schwarze Harwinde, Windrehe«) beim Pferde.

(Deutsche Zeitschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. Bd. III. Hft. 3. p. 155—180.)

Unter obigem Namen versteht man eine Krankheit, welche vorzugsweise in Süd- und Südwest-Deutschland beobachtet wird, die Thiere plötzlich befällt und durch blutigroth bis schwarz gefärbten Harn, sowie Lähmungen im Hintertheil und schnellen Verlauf charakterisirt ist. Ueber das Wesen derselben waren die Ansichten bisher verschieden: bald glaubte man es mit einer parenchymatösen Erkrankung der Nieren zu thun zu haben, bald mit einer Blutzersetzung, bald mit einer Rückenmarksaffection oder einer rheumatischen Muskellähmung u. dergl. Nach B.'s Erfahrungen ist der Zusammenhang der Erscheinungen ein anderer. Das Primäre und Ursächliche bildet immer eine Intoxication des Blutes, wahrscheinlich bedingt durch Futtereinflüsse (Rübenfütterung, saueres Heu); in Folge davon gehen die rothen Blutkörperchen massenhaft zu Grunde, das aufgelöste Hämoglobin diffundirt in den Harn und kann bei höheren Graden, wie in den Transfusionsversuchen Ponfick's, eine acute parenchymatöse Entzündung der Nieren mit Albuminurie erzeugen, welche bei der Section gefallener Pferde auch gar nicht selten gefunden wird. An diese Nephritis schliesst sich dann weiterhin Oedem des umgebenden Zellgewebes, ferner Hyperämie und seröse Exsudation im Lendentheil der Rückenmarkshäute und Oedem der angrenzenden Lendenmuskeln an, welche letzteren, vielleicht unter directer Einwirkung des circulirenden Giftes, eine acute Fettentartung eingehen. In ähnlicher Weise erklären sich die parenchymatösen Veränderungen der übrigen Skeletmuskeln und der Leber. — Im Blut, das gewöhnlich von dünnflüssiger, theerartiger Beschaffenheit ist, fanden

sich keine Pilze. Auch war die Krankheit auf kleinere Thiere nicht übertragbar. Natürliche Ansteckung kam nicht vor.

Im Ganzen handelt es sich hier also nach Verf. »zweifellos« um eine Blutvergiftung durch irgend ein seiner Natur nach noch unbekanntes Gift. Auf Grund dieser Erkenntniss hält es B. für angezeigt, die genannten volksthümlichen Ausdrücke »schwarze Harwinde« und »Windrehe« ausser Cours zu setzen und dafür einen neuen Namen »toxämische Hämoglobinurie« zu empfehlen.

A. Hiller (Berlin).

W. Strokowski. Ueber die Anwendung des Jodoform bei venerischen Krankheiten.

(St. Petersb. med. Wochenschr. 1877. No. 10. p. 81.)

Die 300 Versuche stammen aus dem Mjassnitzki-Spital in Moskau. Es wurde das Mittel meist local und rein in Pulverform angewendet; nur bei tiefen Geschwüren, Anusfissuren etc. in ätherischer Lösung, oder mit Glycerin und Wasser vermischt. Beim weichen Schankergeschwür nützt das Jodoform nur, so lang das Geschwür schmutzigen Grund und welke Granulationen zeigt, dann aber auch sicher, indem die Reinigung des Geschwürs und die Bildung guter Granulationen doppelt so rasch erfolgt, als bei Anwendung schwacher Metallsalzlösungen. Damit ist auch der Selbstinoculation besser vorgebeugt. Trotz der gegentheiligen Angabe von Izard ist das Mittel auch beim phagedänischen Schanker sehr wirksam, dagegen bei allgemeiner Syphilis in Pillenform innerlich verabreicht macht es Leibbeschwerden und Acneeruptionen. Das Jodmethylen, welches an Stelle des Jodoform innerlich versucht wurde, hat dieselben reizenden Eigenschaften.

Mögling (Tübingen).

H. Vandyke Carter. Notes on the Bouton de Biskra.

(Medico-chir. Transact. Bd. LIX. p. 119.)

An der Westküste von Afrika, in West-Indien, in verschiedenen Oasen der Sahara, in Theilen von Türkisch-Arabien, an der Küste des rothen Meeres, Aden, Punjab und Delhi etc. finden sich endemische Hautkrankheiten, welche Beulen »boutons« oder »cloux« bilden. Wir besitzen von dieser Affection gute Beschreibungen, ohne dass über ihr Wesen mehr als hypothetische Raisonnements zur Kenntniss gebracht wären. Verf. hat durch mikroskopische Untersuchungen als Ursache dieses Bouton de Biskra eine Pilzbildung festgestellt und die Geschwulst selbst als einen Granulationstumor erkannt. Die Krankheit beginnt mit einer kleinen Papel, die sich in einigen Tagen zum Knötchen ausbildet; der Knoten bekommt einen Schorf, derselbe stösst sich ab und nun besteht ein ausgesprochen indolentes Geschwür; die Eruption dauert durch 4—6 Monate (November bis April), ist mehr oder minder dicht. Nicht selten bilden sich um eine

Papel eine Anzahl secundärer Knötchen; die Röthung und locale Schmerzhaftigkeit ist gering, constitutionelle Störungen treten fast gar nicht ein. Ist die Ulceration sehr extensiv, dann nimmt sie einen serpiginösen Charakter an. Der gewöhnliche Sitz sind Gesicht, Arme und Beine. Die Erkrankung hat durchaus nichts mit Furuncolosis und Syphilis zu thun.

Die Untersuchung frischer Erkrankungsherde zeigt einen Granulationstumor, die blassen Rundzellen liegen dicht in der Cutis und bewirken ein Auseinanderdrängen der subcutanen Bindegewebsmaschen und eine Verflachung der Papillen. Die Haarbälge sind comprimirt, ebenso die Schweissdrüsen. Um die Drüsen herum sind die Rundzellen sehr reichlich gelagert; die Blutgefässe vermehrt und erweitert, besonders im Corium. Auf Querschnitten sieht man besonders gut, wie die Lymphgefässe und- Räume anstatt mit Lymphe, mit micrococcusartigen körnigen auch Myceliumstructur besitzenden Massen gefüllt erscheinen. Das Mycelium ist zusammengesetzt aus glänzenden, gerade oder leicht gewellten Fäden, die sich dichotomisch theilen. In diesem Netzwerke liegen stellenweis glänzende Kugeln (Sporen). Weder Essigsäure noch Kali verändert diese Gebilde; eine dunkle bräunliche Färbung trifft man nur in den Micrococcen-Gruppen. An Präparaten eines vorgerückten Stadiums findet sich die ganze Geschwulstmasse aus Granulationsgewebe zusammengesetzt; fettige Degeneration ist an den Zellen nicht bemerkbar; die Blutgefässe sehr reichlich. Daneben finden sich an allen Stellen, besonders zahlreich an den Schweissdrüsen und um die grösseren Gefässe herum helle orangenfarbene rundliche oder ovoide Partikel, die zu Nestern angeordnet sind; sie scheinen der terminale, Fructifications-Zustand der pflanzlichen Neubildung zu sein. Die Krankheit ist nach den Angaben Weber's inoculirbar, ähnlich wie die Delhi-boil, Aleppo-evil etc. 9 Zeichnungen illustriren die mikroskopischen Befunde.

Pils (Stettin).

P. Grawitz. Ueber den Bildungsmechanismus eines grossen Dickdarmdivertikels.

(Virch. Arch. Bd. LXVIII. p. 506.)

Bei der Section eines 55 Jahr alten Mannes fand sich als Inhalt einer alten, acquirirten Scrotalhernie ein 20 Ctm. langer Anhang des aufsteigenden Dickdarms. Im Anhangsstück des Colon war eine Axendrehung eingetreten, welche durch hochgradige Kothanstauung und hämorrhagische Peritonitis den Tod herbeigeführt hatte. Das Divertikel ging unter einem zur Längsaxe des Darmrohrs stumpfen Winkel an der Seite des Mesenterialansatzes von demselben ab. An dieser Stelle bestand eine narbige Einziehung der Wand des Colon. Es bestand eine ununterbrochene Continuität zwischen der Wand des Darmes und jener des Anhangs. Der Divertikel stellte eine schlingenförmige Ausbuchtung des Colon ascendens vor. An der

Umbiegungsstelle waren die beiden Schenkel der Schlinge von einander zu isoliren. Das Lumen des Anhanges mündete frei in das des Hauptdarmes ein, doch war die Einmündung durch eine dicke Schleimhautduplicatur, die sich als eine Scheidewand in den Anhang erstreckte, in zwei getrennte Zugangsöffnungen getheilt. Dieses Septum war weiter abwärts durchbrochen. Seine nach der Umbiegungsstelle zu gelegene Fortsetzung wurde doppelt und erwies sich als die gegen einander verschieblichen Wände der hier isolirten Schlingenschenkel. Nahe der Umbiegungsstelle der Schlinge fand sich eine quer durch die Darmlichtung ausgespannte Schleimhautduplicatur, welche einen vollkommenen Abschluss des einen Schenkels gegen den anderen bewirkte.

Hiernach ist anzunehmen, dass der Fortsatz aus einer Schlinge des Colon hervorgegangen war. Die einander zugewendeten Serosaflächen der beiden die Schlinge formirenden Schenkel sind theilweise fest verwachsen. Die so hergestellte Scheidewand des Divertikels ist an zwei Stellen durchbrochen, theils in der Längsaxe des Darmrohres, theils an einer Stelle weiter abwärts. Durch den ersten Durchbruch wurde die Wegsamkeit des Darmrohres wieder hergestellt mit Zurücklassung einer beträchtlichen Stenose. Verf. nimmt an, dass das an der Umbiegungsstelle der Schlinge durch das Darmlumen ausgespannte Schleimhautseptum der Ausgangspunct aller übrigen Veränderungen war. Durch sie wurde ein Querverschluss im Darm hergestellt, gegen den der von oben herabkommende Darminhalt andrängte. Das angefüllte Darmstück wich in der Richtung des Druckes aus, es bildete sich eine Schlinge. Nachdem diese einmal vorhanden wirkte der Druck nicht mehr gegen die Verschliessungsmembran sondern gegen die beiden Innenflächen der Darmschlinge, welche verwuchsen und später an den erwähnten zwei Stellen eine Perforation erlitten. So wurde die Wegsamkeit des Hauptdarms wieder bewirkt. Die erste Störung, die Bildung der anormalen Scheidewand, fällt in ihrer Bildung mit der Bildung des Darmes selbst zusammen. Der Durchbruch ist nach obigem Erklärungsversuch erst in die Zeit nach Bildung von Darminhaltsmassen zu verlegen. Der erste Vorgang muss also vor das Ende des dritten, der zweite nach dem fünften Monat des intrauterinen Leben zu setzen sein.

Verf. schliesst die Beschreibung eines zweiten Falles von congenitaler Darmatresie an, wo eine Spontanheilung **nicht** eingetreten war. Das Kind starb 8 Tage nach der Geburt an Ileus. Das Jejunum war durch Meconiummassen und Gase colossal erweitert. Zwischen ihm und dem anstossenden, weit dünneren, aber doch noch um mehr als das dreifache des Normalen erweiterten Ileum findet sich das Lumen des Darmes durch eine Schleimhautmembran, die nur eine linsengrosse centrale Oeffnung hat, verschlossen. Das Ileum selbst erscheint aber weiter abwärts noch einmal durch eine membranförmige Schleimhautduplicatur vollkommen verschlossen.

Madelung (Bonn).

Bottini. Radicale Behandlung der auf Hypertrophie der Prostata beruhenden Ischurie.

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 1. p. 1.)

Die Abhandlung bringt die, vom Verf. bereits früher im »Galvani« und in des Verf. Lehrbuch der Galvanokaustik beschriebene Methode der radicalen Behandlung der Prostatahypertrophie in extenso, um derselben mehr Verbreitung zu geben, da B. seither wiederum sehr gute Resultate mit dieser Methode erzielt hat.

B. hat versucht, durch thermische Zerstörung der hypertrophischen Theile oder durch deren thermische Spaltung dem Urin freie Bahn zu verschaffen. Sein Verfahren schliesst daher die thermogalvanische Absengung (adustio) und die eben solche Spaltung (incisio) des krankhaft vergrösserten Prostatalappens ein. Mit Hülfe der Galvanokaustik kann man in die Tiefe der Drüse eindringen und dieselbe in beliebiger Ausdehnung verbrennen und zerstören.

Die Instrumente, die B. zu dem Zwecke gebraucht, sind folgende.

1) Galvanocauter für die Prostata (erinnert seiner Form nach an die Sonde angulaire von Mercier). Er besteht aus zwei parallelen und zu einem Stabe verbundenen messingenen Stangen, die jedoch untereinander durch ein dazwischen liegendes, dünnes Elfenbeinplättchen vollkommen isolirt sind. In der Nähe der winkligen Knickung ist der ätzende Apparat angebracht. Dieser besteht aus einem U förmig gekrümmten Platinplättchen, von dem der eine Schenkel mit der hinteren, der andere mit der vorderen Stange des Instrumentes verbunden ist. Dieses Cauterium umgreift Porcellancylinder (also eine Art »Porcellanbrenner«) und befindet sich in der Concavität der Sonde an der Winkelknickung. Seine Länge variirt nach Bedürfniss ($2^1/_2$ und mehr Ctm.). Die Sonde wird vermittelst einer Handhabe mit dem galvanokaustischen Apparat in Verbindung gesetzt. Nach Einführung des Instruments bis in die Blase zieht man es etwas zurück und sucht nun den hypertrophischen Prostatalappen hakenförmig zu umgreifen und dann das Cauterium glühend zu machen. Wie B. durch Versuche an der Leiche sich überzeugt hat, entsteht keine nachtheilige Erhitzung der Sonde nebst Schnabel, sobald sich die Wärme auf einen brennbaren Körper entladen konnte. Man soll nur dafür sorgen, dass die Blase mässig ausgedehnt ist durch Flüssigkeit. Der Schmerz soll, nach Aussage der Patienten, erträglich sein.

2) Der thermo-galvanische Incisionsapparat für die Prostata ist construirt wie der Inciseur von Mercier, nur mit dem Unterschiede, dass das schneidende Messerchen durch ein Platinmesser ersetzt ist. Die Coulissenbewegung ist durch eine graduirte ersetzt, welche mittelst einer archimedischen Schraube mit sehr kurzen Gängen erzielt wird. Die Länge des Schnittes kann an dem am Griffe befindlichen Maassstabe abgelesen werden. Nach Einführung des Instrumentes wendet man gegen den zu spaltenden Lappen die Spitze des Instruments, so dass man ihn sicher fasst und hakenförmig um-

greift. Die Klinge soll man erst in Bewegung setzen, wenn man das eigenthümliche Zischen der Verbrennung vernimmt.

Auch bei der Incision ist der Schmerz sehr gering. Unmittelbar nach der Operation können die Patienten den Harn frei entleeren. Gegen den Tenesmus der Blase sind Suppositorien aus Opium- und Belladonna-Extract anzuwenden.

Die Aetzung ist bei partiellen und wenig vorragenden Schwellungen angezeigt; die Spaltung bei totaler und gleichmässiger Hypertrophie der Prostata, ferner bei partiellen, sehr vorragenden Schwellungen. Hierbei ist es rathsamer, die zwischen zwei Vorragungen befindliche Vertiefung zu spalten. Contraindicirt sind die Operationen bei Lähmung oder Erkrankung der Blase, sowie bei organischer Erkrankung der Nieren.

Zum Schluss folgen klinische Beobachtungen.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

H. Löhlein. Ueber spontane Rückbildung von Fibromyomen nach der Entbindung.

(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. I. p. 120.)

Ref. fügt der auffallend spärlichen Casuistik der puerperalen und postpuerperalen Spontaninvolution der Fibromyome 3 neue Beobachtungen hinzu, von denen namentlich die erste Interesse bot: Hier war ein sehr ansehnliches Myom vorhanden, als Pat. mit 33 Jahren zum ersten Mal schwanger wurde. Durch das Wochenbett wurde eine Rückbildung der gleich nach der Entbindung mannskopfgrossen Geschwulst eingeleitet, die in den ersten Monaten nur sehr langsam fortschritt, dann aber einen abgrenzbaren Tumor überhaupt nicht mehr nachweisen liess. Bald nach dem Verschwinden erfolgte neue Conception, mit neuem Wachsthum der Geschwulst in der 2. Schwangerschaft — bis zur Grösse einer Mannsfaust — und mit erheblich rascher erfolgender Rückbildung im 2. Wochenbett.

Zwei Eigenschaften haben nach L. den Tumor zur postpuerperalen Resorption nach vorhergegangener Fettmetamorphose besonders disponirt: sein Reichthum an muskulären Elementen und sein breiter Zusammenhang mit dem Gebärmutterparenchym.

In den beiden andern Fällen waren die Geschwülste kleiner und trugen recht eigentlich den Charakter »umschriebener Uterushyperplasien«. Hier hielt die Verkleinerung derselben mit der Involution des Organs beide Male ziemlich gleichen Schritt. Derartige Fälle kommen entschieden häufiger vor als man gewöhnlich annimmt.

Nach dem jetzigen Stand unseres Wissens, das in diesem Punct noch nicht genügend durch die anatomischen Befunde gestützt wird, erscheint es rathsam, durch Secale und kalte Umschläge die Verfettung der Myome im Wochenbett zu befördern, indem man Dauer und Intensität der Uteruscontractionen steigert. **Löhlein** (Berlin).

Trendelenburg. Heilung der Hydrocele durch Schnitt und Drainage.

(Berl. klin. Wochenschr. 1877. No. 2.)

Verf. theilt einen durch seine Art interessanten Fall von Hydrocele mit, welchen er in Volkmann'scher Weise operirte. Die Hydrocele setzte sich bei einem 16jährigen Burschen durch den Leistencanal bis hinter die vordere Bauchwand fort; es lag also eine nach Kocher's Vorgang als bilocularis abdominalis bezeichnete Hydrocele vor. Die Geschwulst besteht aus zwei eiförmigen Abtheilungen, deren grössere in der Bauchhöhle, deren kleinere im Scrotum gelegen. Die Communication erfolgt durch ein etwa 3 fingerbreites, im erweiterten Leistencanal gelegenes Mittelstück. Bemerkt wurde die erste Anschwellung am Hoden $1^1/_4$ Jahr, ehe der Pat. sich vorstellte. Nachdem Punction mit folgender Einspritzung von Lugol'scher Lösung, sowie von Jodtinctur, ebenso Compression vergeblich versucht worden, schritt Verf. zur Incision. Es fand sich in der Flüssigkeit schwimmend ein Fibringerinnsel von Form und Grösse eines kleinen Fingers. Aseptische Cautelen wurden natürlich gewahrt, doch statt des Spray, den Verf. für entbehrlich hält, Ueberrieselung mit 3% Carbollösung angewandt. —

Reflexionen über die Wirkung der Incision und des aseptischen Verbandes bei Hydrocelen, führen Verf. zu der Ansicht, dass auch schon aseptische Drainage einer Hydrocele unter aseptischem Druckverbande Aneinanderlegen und Verkleben der Hydrocelenwandung erzielen müsse, was durch ein schönes Resultat erhärtet wurde.

Derselbe. Zum hohen Steinschnitt.

(Ibidem.)

Die Gefahren des hohen Steinschnittes liegen besonders in der Urininfiltration und den paravesicalen Phlegmonen. Frischer Urin schadet zwar einer Wunde nicht viel, wohl aber älterer, besonders mit Blut und Gerinnseln gemischter. Der Lister'sche Verband würde ohne vorherige Blasennaht nichts nützen, und bei kleinen Kindern, wo die Sectio alta am häufigsten nöthig, wird diese Naht oft kaum wasserdicht zu machen sein. Verf. wandte daher in einem Falle mit sehr gutem Erfolge bei offener Wundbehandlung und Drainage der Blase die Bauchlage an. Damit das Drainrohr nicht herausrutsche gab er demselben eine Tgestalt, indem er oben ein Gummirohr quer durch das eigentliche Drainagestück durchsteckte. Als am 6. Tage die Wunde überall gut granulirte, genügte ein Zug um das flexible Querstück zu biegen und das Rohr zu entfernen. Am 9. Tage entleerte sich aller Urin durch die Urethra, und 25 Tage nach der Operation war die Fistel völlig geschlossen. —

v. Mosengeil (Bonn).

A. Jacobson. Zur Histologie der acuten traumatischen Orchitis. (Vortrag.)

(St. Petersb. med. Wochenschr. 1877. No. 3. p. 17—20.)

Zu den 16 Versuchen dienten Hunde, bei denen entweder ein Drahtring durch den Hoden gelegt, oder mittelst eines zur Längsaxe senkrechten Schnittes ein Theil des Hodens abgeschnitten wurde. Die Albuginea wurde mit der Scrotalhaut zusammengenäht, die normale Füllung der Blut- und Lymphgefässe möglichst erhalten. Die Untersuchungen gehen vom 2. Tag nach dem Eingriff bis zur vollendeten Vernarbung am 35. Tag.

Verf. giebt nun ein Bild von den normalen histologischen Verhältnissen mit Belegen aus den ersten Stadien der Reizung, soweit dieselben streitige Puncte entscheiden; sodann führt er seine Beobachtungen über wesentliche Veränderungen während des Entzündungsprocesses auf.

Haben wir ringförmige Querschnitte der Samencanälchen, so liegen um dieselben »futteralartig« polygonale Lymphröhren, und zwischen 3 oder 4 dieser Röhren sieht man 3 oder 4 eckige Zellennester. Diese enthalten protoplasmareiche, fast epithelartige Zellen und haben eine Hülle aus platten Zellen; letztere geben die die Zellennester verbindenden Ausläufer ab und damit auch die Begrenzung der Lymphräume. Die protoplasmareichen Zellen sind aber nicht, wie anderwärts gesagt wird, nur perivasculär, sie kommen ganz unabhängig von den Gefässen im Bindegewebe der Septa, ja bis in die Albuginea hinein vor. Gegen die nervöse Natur derselben spricht die Kernfärbung mittelst Purpurin.

Dass die Zellennester von einer Membran aus flachen Zellen umhüllt sind, zeigt sich deutlich wenn bei leichter Reizung diese flachen Zellen anschwellen. Die Wand der Samencanälchen besteht ebenfalls aus flachen Zellen mit schmalen Kernen, denn wenn auch an manchen normalen Bildern die Contouren und die Kerne nicht sichtbar sind, und eine homogene Membran vorzuliegen scheint, so treten doch nach geringer Reizung des Hodengewebes durch Aufquellung die Zellen und die in Theilung begriffenen Kerne deutlich hervor. Der normale Inhalt der Canälchen wird gebildet von netzförmig verbundenen Zellen (Spermatoblasten), die eine Fussplatte besitzen und gelappte Fortsätze, in denen sich die Samenfäden erzeugen. Zwischen diesen Zellen liegen rundliche Zellen mit grobkörnigem Kern, die gegen das Centrum der Canäle hin zu einer flüssigen Masse zerfallen. Im Zustand der Reizung verflüssigen sich aber auch die peripher gelegenen rasch und ebenso zerfallen die Fortsätze in eine feinkörnige Masse. Im normalen und entzündeten Zustand sieht man endlich Proliferation der Epithelzellen in den Canälchen.

Weitere Veränderungen bei Orchitis acuta sind: Verschluss der Lymphräume durch Druck von aussen, Auseinanderrücken der Samen-

canälchen und Compression derselben. Ferner findet schon früh eine reine Hyperplasie der protoplasmatischen Zellen statt; allein durch die mitfolgende Entwicklung von Granulationsgewebe gehen die protoplasmatischen Zellen feinkörnig zerfallend zu Grunde, so dass man in späteren Stadien keine mehr findet. Die Wände der Canälchen gehen eine colloide Metamorphose ein. Die Granulationszellen findet man dann sowohl in der Wand, als auch im Lumen der Canälchen.

Der Vortrag ist von 13 histologischen Abbildungen begleitet.

Mögling (Tübingen).

Cazin. Statistique des coxalgies suppurées, traitées à l'hôpital de Berck.

(Bulletin de la société de chirurgie 1876. No. 5. Seance du 26. avril.)

Verf. giebt in seiner Statistik die Resultate, welche er bei exspectativer Behandlung der eitrigen Coxitis in seinem Spitale erzielt hat. Er glaubt durch dieselbe den Nachweis liefern zu können, dass die vor einigen Jahren — insbesondere in England — so sehr gerühmte Resection des Hüftgelenkes bei Coxitis, nur selten ihre Anzeige finde, und überhaupt hierbei nur ausnahmsweise geübt werden soll.

Unter »exspectativer Behandlung« will Verf. sich so verstanden wissen, dass in keinerlei eingreifenderer Weise chirurgisch intervenirt wurde, und er sich darauf beschränkt habe, das kranke Gelenk in die bestmöglichen Verhältnisse des localen Befindens zu setzen.

Vom 1. August 1869 bis 9. März 1876 wurden im Spitale aufgenommen 212 Coxalgien, darunter 80 Fälle von eitriger Coxitis. Letztere betrafen 46 Knaben und 34 Mädchen. Das häufigere Vorkommen von Traumen bei den Ersteren erklärt nach C. die grössere Zahl derselben.

38 Male sass das Leiden linkerseits, 33 Male rechterseits (in 8 Fällen war die kranke Seite nicht angegeben), 1 Mal doppelseitig. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 555 Tage.

Im Allgemeinen geht aus des Verf.'s Statistik hervor, dass die grössere Zahl der Coxitis-Fälle in's 6. bis incl. 9. Lebensjahr, die grösste Zahl aber in's 7. Jahr fällt.

Im Ganzen sind im Laufe von 5 Jahren:

geheilt	44
gebessert	6
nicht geheilt	20
gestorben	10
	80

also 55 % Heilungen, und zwar 55,8 % für die Mädchen, 54,2 % für die Knaben.

Der Tod erfolgte meist in Folge von Albuminurie (5 Mal unter 10 Gestorbenen), dann durch Erschöpfung in Folge der profusen

Eiterung, 1 Mal durch allgemeine Tuberkulose, 1 Mal Tuberk. meningo-cephal.; 1 Mal Pyämie.

C. ist überzeugt, dass jedes Kind, dessen Allgemeinzustand noch nicht zu sehr gelitten habe, im Berck'schen Spitale genese. Er hat selbst in desperaten Fällen noch Heilungen gesehen, wenn nur nicht Albuminurie da war, und selbst in diesen Fällen sollen hier und da noch Heilungen eingetreten sein.

In 15 Fällen von Coxitis mit Albuminurie sind 5 gestorben, 2 gebessert, 6 ungeheilt, 2 geheilt entlassen worden.

Bezüglich des Ausgangspunctes der Erkrankung erklärt C. die Coxitis cotyloidea als die schwerste Form derselben.

Die Entstehungsursache sei meist ein Trauma, seltener ein Rheumatismus.

C. glaubt beobachtet zu haben, dass die Coxalgie bei Kindern reicher Leute weniger gut verlaufe, als bei armen, und erklärt dies daraus, dass sie nicht so streng in ihren Verbänden gehalten werden, weniger lange in Berck (am Meeresufer) bleiben etc. Ueberdies seien die Coxalgien bei reichen Kindern meist hereditäre, bei den Armen, durch die elenden Lebensverhältnisse erworbene.

Die erzielten günstigen Resultate schreibt C. theilweise der Behandlungsweise, vor Allem aber der ausgezeichneten Wirkung der Seeluft zu. Er demonstrirt schliesslich einige Apparate (s. Abbildungen im Original), die er bei seinen Patienten anwendet.

In der folgenden Discussion bemerkt Marjolin, er erinnere sich aus seiner Erfahrung an eine grosse Reihe von Fällen eitriger Coxitis, die spontan heilten. Er sei nicht absolut gegen die Resection, doch sei es schwer, den richtigen Zeitpunct für die Ausführung derselben zu treffen. Die Coxalgien in den Spitälern seien stets schwerer, als in der Privatpraxis; man schicke sie eben nur im äussersten Nothfalle in's Spital, und dann seien es meistens Kinder phthisischer Eltern.

Dass die Coxalgien bei Kindern reicher Leute schlechter heilen, als bei armen, glaube er nicht; die Kinder der Ersteren erkranken seltener an Coxitis, und wenn darunter schwere Fälle vorkämen, so betreffe dies Kinder tuberkulöser Eltern.

Verneuil bemerkt, es seien mindestens $^7/_8$ aller Coxalgien scrophulösen Ursprunges. Diese Patienten sterben daher nicht allein in Folge ihres Hüftgelenkleidens, sondern noch wegen all' der verschiedenen Complicationen von scrophulösen Erkrankungen innerer Organe; unter diesen sei aber die Lungenphthise die seltenste, woraus sich die günstigen Resultate bei Coxitis in Berck erklären. Weit mehr sei als Complication zu fürchten die amyloide Metamorphose oder Fettdegeneration, insbesondere der Leber und der Nieren, welche in den gewöhnlichen Spitälern nie heilen, wohl aber unter dem Einflusse der Seeluft (Murchison).

Lannelongue meint, man könne über die Resection bei Coxitis durchaus nicht so absprechen, wie C. es gethan; er habe davon gute Resultate gesehen.

Marjolin bemerkt, es wäre nur zu wünschen, man könnte alle Fälle von eitriger Coxitis an's Meer bringen; noch bessere Resultate würden in Berck erzielt werden, wenn die Kinder, die nicht mehr gehen können, in Hängematten an den Meeresstrand gebracht würden.

Desprès findet in C.'s Statistik nichts auffällig Günstiges, besonders wenn man berücksichtige, dass die betreffenden Fälle der Mehrzahl nach in einem Zustande von relativer Heilfähigkeit dahin kommen. Man müsse bei der eitrigen Coxitis mit Fistelbildung überdies einen wesentlichen Unterschied machen zwischen den Fällen, wo das Gelenk beweglich bleibe, und jenen, wo Ankylose eintrat. Die ersteren sind meist incurabel, während letztere trotz der Fisteln weniger schwere Fälle darstellen.

Anger bemerkt, die Seeluft wirke gut in Fällen von alter Coxitis, wo der entzündliche Zustand schon abgelaufen sei; im Beginne der Krankheit schade sie aber mehr, als sie nütze. Cazin scheine derselben Ansicht zu sein; er bemerkt auch, dass seine Statistik sich nur auf chronische Fälle beziehe. **Fr. Steiner** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Horteloup. Présentation d'instruments.

(Bullet. de la Soc. de Chir. 1876. No. 5. Séance du 26 Avril.)

H. präsentirt einen Mastdarmspiegel, der die Rectumampulle erweitert, ohne dabei den Sphincter zu dilatiren. Er ist vierblätterig; die Blätter legen sich conisch zusammen; an der Basis des Conus geht ein Metallfaden durch die einzelnen Blätter des Speculum's ringsum durch, wodurch in ingeniöser Weise die Dilatation bewerkstelligt wird. **Fr. Steiner** (Wien).

Kirchgaesser. Ueber Leukämie.

(Correspondenzbl. der ärztl. Vereine in Rheinl. etc. 1877. No. 19. pag. 22.)

Mitgetheilt sind 2 Fälle. Bemerkenswerth ist in dem ersten der deutliche Einfluss der Menstruation auf die Entwickelung der Leukämie. Bei einem 20jähr. Mädchen entwickelten sich im Laufe eines Jahres in den Achselhöhlen, am Halse unter und über den Schlüsselbeinen Lymphdrüsenanschwellungen. Regelmässig zeigte sich zur Zeit der Periode ein stärkeres Anschwellen der Drüsentumoren, wobei sich dieselben praller anfühlten. Bereits einige Tage vor Beginn der Menstruation fingen die Lymphdrüsen an grösser zu werden und stärkere Athembeschwerden hervorzurufen. Während der Periode erreichten die Erscheinungen ihren Höhepunct, um sich nach Beendigung derselben wieder zu ermässigen. Doch gingen die Drüsengeschwülste nicht mehr zu dem Umfang zurück, den sie vor Beginn der Menstruation hatten. Milz nicht vergrössert. Farblose Blutkörperchen im Verhältniss zu den rothen vermehrt. Unter den Erscheinungen von Anasarka und Hydrothorax trat Tod ein. **Madelung** (Bonn).

Koehler. Ein Fall von Lepra maculosa mutilans.

(Przegląd lekarski 1877. No. 8 u. 9. polnisch.)

Patientin ist 50 Jahre alt, aus einem Dorfe in der Provinz Posen gebürtig, entstammt einer gesunden Familie, hat 6 Kinder geboren und 2 Mal abortirt. — Die Krankheit begann vor 14 Jahren nach der dritten Entbindung mit Anschwellung der linken Hand, worauf Nekrose der äusseren Haut folgte. Nachdem dieser Process sich auch auf den Vorderarm erstreckt hatte, bedeckten sich die wunden Stellen

nicht mit einer gewöhnlichen Narbe, sondern mit einem dünnen von Borken und Krusten besetzten Häutchen. Mit Ausnahme des Daumens fehlen bei den übrigen Fingern die zweiten und beim letzten Finger auch die dritte Phalanx. Drei Nägel fehlen, die übrigen sind verunstaltet. Neuralgische Schmerzen bestehen zur Zeit nicht mehr, plagten aber die Pat. durch viele Jahre. —

Obaliński (Krakau).

Kyth. Die amyloide Degeneration.

Dissertation. Bonn 1776.

Gegenüber der amyloiden Erkrankung der inneren Organe, die mehr den Charakter der Allgemeinerkrankung habe, tritt die bezügliche Degeneration auch local auf; ein Typus derselben sei die amyloide Entartung der Conjunctiva. Verf. zählt hiernach fünf Fälle auf, von welchen zwei in der Bonner Klinik vorkamen u. einer vom Verf. selbst beobachtet wurde: Ein 17jähriger Mensch hatte eine Schwellung des oberen Lides; die Haut nicht pathologisch verändert, die Schleimhaut stark gewulstet; in ihr und im submucösen Gewebe eine sulzige Einlagerung von speckigem Aussehen und gleicher Consistenz. Diese Partie giebt die Amyloidreaction bei Behandlung mit Jod und Schwefelsäure. Die Prognose für die Brauchbarkeit des Auges ist eine gute, die Therapie eine vorläufig exspectative, da die Massen resorbirt werden können. Eventuell ist eine operative Entfernung oder auch Auskratzen zu empehlen. **v. Mosengeil** (Bonn).

C. Reyher. Zur Behandlung der Pseudarthrosen.

(St. Petersb. med. Wochenschr. 1876. No. 33.)

Die vorher angefrischten Fracturenden werden mittelst viereckiger, vernickelter Stahlstifte, welche an einem Ende zugespitzt, an dem andern geknöpft sind, — aneinander genagelt. Verf. giebt dem Stahlstift vor dem Elfenbeinstift den Vorzug, findet auch von Nutzen das Vernickeln desselben, — ist jedoch bereit, an Stelle dieses vernickelten Stahlstiftes eine einfache Stahlklammer zu benutzen. Pseudarthrose des Unterschenkels lässt sich auch ohne Blosslegung der Fragmente behandeln, durch Anbohren des Knochens u. Einschlagen von Stiften von einer kleinen Hautwunde aus. — In jedem derartig operirten Falle wird eine streng antiseptische Behandlung vom Verf. angerathen. Zur Illustration wird die Krankengeschichte eines 18jähr. Pat. mitgetheilt; bei dem durch Einschlagen von Stahlstiften binnen 9 Wochen eine Pseudarthrose des Humerus geheilt wurde. —

W. Grube (Charkow).

Erichsen. Die Behandlung der Diphtheritis mit Cyan-Quecksilber (Hydrargyrum cyanatum).

(St. Petersb. med. Wochenschr. 1877. No. 14. p. 115.)

Um den diphtheritischen Process abzukürzen, dabei aber den Uebelstand zu vermeiden, Quecksilber in unbestimmter Menge in den Körper einzuführen, wie dies bei der Schmiercur geschieht, empfiehlt Verf. das Hydrarg. cyanat. selbst für kleine Kinder. Bei Patienten bis zu 3 Jahren giebt er pro dosi $^1/_{96}$ Gran (ca. 0,0006), bei Tag stündlich, bei Nacht 2stündlich; ältere Kinder erhalten doppelt so viel. Das Mittel wird mit Wasser und Syrup zusammen gegeben. In 25 Fällen, selbst bei hochgradiger Kehlkopfdiphtheritis, will Verf. rasche Lösung der Membranen und vollständigen Rückgang des Processes gesehen haben; die 3 Todesfälle sollen die Folgen intercurrenter Erkrankungen gewesen sein.

Mögling (Tübingen).

R. Barwell. On transfusion of blood in chronic anaemia following injury.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 565.)

Verf. veröffentlicht den Fall um die Aufmerksamkeit auf die günstige Wirkung der Transfusion bei chronischer Anämie zu richten.

Ein 44jähr. Mann kam am 2. Dec. 1876 mit complicirter Fractur der Tibia und Fibula im mittleren Drittel in Behandlung; es bestand starke Quetschung um

die $1^1/_2$" lange Hautwunde herum. Trotz antiseptischer Verbände erfolgte Eiterung, weiterhin Nekrose der Tibiaenden, die resecirt werden mussten. Die Granulationen waren blass, die Kräfte nahmen mehr und mehr ab. Da liess B. durch Roussel eine Transfusion von $8^1/_3$ Unz. Blut durch die Vena mediana machen. Schon während der Transfusion wurden die Augen glänzender, das Gesicht gefärbter. Eine geringe Athembeklemmung wurde durch einige tiefe Inspirationen beseitigt. Pat. klagt nur über Schwere in der Kreuzgegend, welches Gefühl später einer gewissen Spannung an dieser Stelle Platz machte. Gleich nach der Transfusion sieht die Wunde des Unterschenkels blutreicher aus, der Puls ist voller und kräftiger. $1^1/_2$ Stunde nach der Transfusion ein leichter Frostanfall, später noch ein zweiter, dann Schweiss und viel Durst; der entleerte Urin ist blut- und eiweissfrei. Als einziger Zwischenfall trat um die Vene des Arms eine Zellgewebsentzündung ein. Pat. erholt sich sichtlich; der Puls bleibt kräftig; die Granulationen sehen gut aus, der Appetit hebt sich. Der im April abschliessende Bericht hebt hervor, dass die Fracturstelle sich zu consolidiren scheine und seit der Transfusion schmerzlos geblieben sei. **Pilz** (Stettin).

Després. Herpes de la langue. Glossite partielle.

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 18.)

Ein 32jähriger Mann kam mit einer acuten Glossitis, welche nach einem Excesse in Baccho entstanden war, zur Aufnahme. Einige Blutegel bewirkten rasche Verkleinerung der Geschwulst, welche nur die linke Hälfte der Zunge einnahm. An der gelblich gefärbten Oberfläche der linken Zungenseite sitzen einige Herpesbläschen; am nächsten Tage Herpes labialis der rechten Unterlippenhälfte. Sonst nirgends ein krankhaftes Symptom. Nach wenigen Tagen sind die Bläschen verschwunden. **Winiwarter** (Wien).

P. Thornton. Tracheotomy performed four times within a few years upon the same patient.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 205. Lond. clinic. Soc.)

Bei einem 67jähr. Manne mit syphilitischer Larynxstenose, welcher eine der Argyriasis ähnliche Färbung des Gesichts und Halses zeigte, sollte der Dyspnoe wegen 1871 die Tracheotomie gemacht werden; vor dem Einführen der Kanüle wurde eine wahrscheinlich mit der Jugul. int. zusammenhängende Vene eröffnet; die starke Hämorrhagie besserte die Dyspnoe derartig, dass man vom Einlegen der Kanüle abstehen konnte. 1871 und 1874 wurde die Tracheotomie bei demselben Pat. ausgeführt, beide Male war das Einlegen der Kanüle mit besonderer Schwierigkeit verbunden, bei der letzten Operation wurde die Verfärbung der Gesichtshaut deutlich beobachtet. Kurze Zeit nach der letzten Tracheotomie nahm die Dyspnoe von Neuem zu, wurde aber durch eine antisyphilitische Cur und absolute Ruhe gebessert, bis im Juli 1876 T. zur Operation von Neuem gedrängt wurde; die verknöcherten Knorpelringe konnten nur mittelst einer Säge durchtrennt werden. Die Strictur wurde gebildet durch die verdickten und ulcerirten wahren und falschen Stimmbänder und die krankhaft veränderte Epiglottis. Die Veränderung der Haut führt Verf. auf die unvollkommene Oxydation des Blutes und auf die geschwächte Circulation der Hautgefässe zurück und giebt an, dass nach der letzten Operation eine Abnahme der Verfärbung eingetreten sei. **Pilz** (Stettin).

Laboulbène. Élimination des membranes internes de l'estomac et d'une partie de l'oesophage à la suite d'un empoisonnement accidentel par l'acide sulfurique.

(Bullet. de l'Académie de méd. 1876. No. 51 und 1877. No. 9.)

Ein 59jähr. Tagelöhner hatte aus Versehen 2—3 Schluck concentrirter Schwefelsäure von 66° getrunken. Unmittelbar darauf die bekannten Symptome der Schwefelsäurevergiftung. 14 Tage später werden unter Husten und Brechbewegungen, mit Zuhülfenahme der Finger, membranöse schwärzliche Massen entleert,

welche nach Form und Ausdehnung der Oesophagus- und Magenschleimhaut zu entsprechen schienen. Die zuletzt erbrochene Membran beispielsweise hatte die ansehnliche Grösse zweier Hände. Mikroskopisch fanden sich in dem mortificirten Gewebe nur Bindegewebselemente, elastische Fasern und Blutgefässe, aber keine Labdrüsen. Dies kann jedoch nach Verf. nicht als ein Beweis gegen die schleimhäutige Natur der Membranen angesehen werden — wie in der Discussion Gubler meinte — da das zarte Gewebe dieser Drüsen, ebenso wie das der Epithelien, der Einwirkung der Säure unterliegen musste. — Uebrigens starb der Kranke 10 Wochen später, und die Section bestätigte die ursprüngliche Annahme. Es fanden sich in der unteren Hälfte der Speiseröhre und im Magen ausgedehnte Schleimhautdefecte, welche durch blasses, zum Theil schon geschrumpftes Narbengewebe ersetzt waren. Im Magen namentlich hatten die Narbenretractionen sehr auffallende Veränderungen bewirkt: dreifächerige Abtheilung des Innenraums, tiefe und strahlenförmig geränderte Einziehungen, Verengerungen u. s. w. — Im Anfangstheil des Verdauungstractus wurde die Schleimhaut merkwürdigerweise vollkommen intact gefunden.

A. Hiller (Berlin).

Geissel. Zwei glückliche Ovariotomien.

(Correspondenzblatt der ärztlichen Vereine in Rheinland 1877. No. 19. p. 1.)

1) Rechtsseitiges uniloculäres Ovarialcystom. Spencer Wells'sche Klammer. Heilung per primam intent. 2) Faustgrosses Fibroid des linken Ovarium, viele Adhäsionen. Drainage durch den Douglas'schen Raum; ebenfalls Heilung per primam intentionem. Beide Operirte wurden streng antiseptisch nach Lister behandelt.

Madelung (Bonn).

Dépaul. Cancer du testicule chez un enfant de 10 mois.

(Bullet. de la Soc. de Chir. 1876. No. 5. Séance du 10. Mai.)

D. hatte Gelegenheit, ein 10monatliches Kind mit einer Geschwulst am Hodensacke zu untersuchen. Es befand sich an der linken Seite des Scrotums ein $3^1/_2$ Ctm. hoher, 2 Ctm. breiter Tumor, derb, nicht durchscheinend, vom Hoden ausgehend. In der Tunica vaginalis keine Flüssigkeit. D. betrachtete den Tumor als chron. entzündlicher Natur und behandelte ihn darnach durch 2 Monate, jedoch ohne jeden Erfolg. Endlich kam es an der unteren Peripherie des Scrotum's zum Durchbruch u. die Geschwulst wucherte frei hervor.

D. machte nun die Ablatio testis. Die Heilung erfolgte rasch. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab, dass dieselbe von gemischter Structur war, und zwar war sie dem grössten Theile ihrer Masse nach ein Sarcom, an anderen Stellen aber ein unzweifelhaftes Carcinom.

Fr. Steiner (Wien).

Heath. Popliteal aneurism. University College Hospital.

(Med. tim. and. gaz. 1876. November 11. p. 542.)

Der 26jährige Pat. hatte in Folge einer plötzlichen Thrombose eines kleinen linkseitigen Poplitealaneurysma's eine Gangrän des betreffenden Fusses aquirirt. Er wurde unterhalb der verstopften Stelle am Unterschenkel amputirt: die grossen Gefässe der Operationswunde bluteten nicht. Bei strenger antiseptischer Behandlung mit dem Lister'schen Gazeverbande traten keine bedrohlichen Erscheinungen am Stumpfe auf (— im Texte ist jedoch Oedem, Röthung, Empfindlichkeit desselben bemerkt); es blieb indessen die primäre Vereinigung aus und 8 Tage nach der Operation bekam Pat. eine Nachblutung. Er starb am 18. Tage an ausgesprochener Septikämie.

Ranke (Halle).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nº 26. **Sonnabend, den 30. Juni.** **1877.**

Vollständige Exstirpation des Kehlkopfs.

Von

Prof. **Kosiński** in Warschau.

Vor zwei Monaten wurde von mir in der chirurgischen Klinik*) eine vollständige Exstirpation des Kehlkopfs bei einer an krebsiger Entartung dieses Organs leidenden Frau mit bestem Erfolge ausgeführt. Es ist dies meines Wissens die zehnte Exstirpation, welche in den letzten vier Jahren am lebenden Menschen ausgeführt wurde. Sieben derartige Fälle sind in den verschiedenen medicinischen Zeitschriften ausführlich beschrieben worden (1 von Billroth, 1 von Heine, 2 von Maas, 1 von Schmidt, 1 von Bottini, 1 von v. Langenbeck). Ueber zwei ist nur eine kurze Notiz ohne ausführliche Beschreibung publicirt worden (1 von Billroth, 1 von Schönborn).

*) Städtisches Krankenhaus zum Kindlein Jesu.

Von partieller Exstirpation oder Resection des Kehlkopfs sind im Ganzen zwei Fälle in der Litteratur verzeichnet. Der erste Fall ist von Heine, der zweite von Sklifassowski in Petersburg operirt worden. — Der von mir behandelte Fall war kurz folgender: Frau Kwiatkowska, 36 Jahr alt, Mutter von 4 Kindern, auf dem Lande wohnhaft, wurde in die chirurgische Klinik im April 1876 mit den Symptomen einer hochgradigen Larynxstenose aufgenommen. Von der sehr heruntergekommenen und durch die mühsame Respiration erschöpften Kranken, war nur so viel zu erfahren, dass ihr Kehlkopfsleiden vor einem Jahre, wahrscheinlich in Folge einer Erkältung (während der Reise auf einem Dampfschiff), sich entwickelt habe und dass unter stetig fortschreitender Verschlimmerung die jetzige grosse Athemnoth und vollständige Aphonie eingetreten seien. Die starke Dyspnoe und das tiefe Herabsinken der Epiglottis machten eine laryngoskopische Untersuchung unmöglich. Die Inspection des Kehlkopfes von aussen ergab nichts Wesentliches, mässiger Druck auf das lig. conoideum wurde schmerzhaft empfunden. Am folgenden Tage führte ich bei der Kranken die hohe Tracheotomie aus. — Nach der Operation wich die Athemnoth, der allgemeine Zustand besserte sich schnell und ein paar Wochen später verliess Pat. das Krankenhaus mit der in der Wunde zurückgelassenen Kanüle, — ohne welche das Athmen unmöglich war. Die laryngoskopische Untersuchung konnte auch jetzt in Folge des vollständig gesenkten, rigiden Kehldeckels und der excessiven Reizbarkeit der Kranken nicht ausgeführt werden. Ich vermuthete, dass die Laryngostenose entweder durch einen tiefgreifenden entzündlichen Process, oder durch eine Neubildung im Innern des Kehlkopfes bedingt war. Zehn Monate später, d. h. am 22. Febr. d. J., wurde die Kranke zum zweiten Mal auf meine Abtheilung in folgendem Zustande aufgenommen: Hochgradigste Abmagerung, Atrophie nicht nur des Fettgewebes, sondern auch der Muskeln. — Die Deglutition sehr erschwert. Seit einigen Wochen nimmt Patientin nur flüssige Speisen zu sich und nur mit grosser Anstrengung. Das Schlingen fester Speisen ist ganz unmöglich. Sie athmet nur durch die Kanüle. Wird dieselbe geschlossen, so überzeugt man sich, dass die Luft durch den Kehlkopf nicht mehr passiren kann. Die Sprache ist tonlos, lispelnd. Die Kranke hustet ziemlich viel, obwohl in den Lungen keine Veränderungen aufzufinden sind. In der Mittellinie des Halses, zwischen dem Zungenbein und der Trachealöffnung hat sich eine pilzartige, circa 6 Ctm. im Durchmesser haltende, mit allen Zeichen eines Epithelialkrebses ausgestattete Geschwulst entwickelt. Dieselbe hat eine schmutzig grau-röthliche Färbung und zeigte wegen zahlreicher Furchen einen lappigen Bau. In der Mitte befand sich eine Vertiefung, durch welche die hineingeführte Sonde bis in die Kehlkopfshöhle eindrang. Die Sondirung rief stets einen starken Hustenanfall hervor. — Ich hob den gewulsteten Rand der Geschwulst etwas in die Höhe und fand den Stiel des pilzartigen Tumors von mäs-

siger Dicke. Durch die Trachealöffnung konnte ich nach Entfernung der Kanüle Nichts von der Neubildung im Innern des Kehlkopfs erblicken. Der durch den Mund eingeführte Finger fand die Epiglottis etwas verkleinert und verdickt, doch von glatter Oberfläche. Der im Volumen vergrösserte Kehlkopf drängte sich fest an die hintere Pharynxwand an und liess sich nicht nach vorn verschieben, woraus die schwierige Deglutition fester Nahrungsmittel leicht erklärlich wird. Die Untersuchung der inneren Organe ergab Nichts Bemerkenswerthes. Herz, Leber, Milz normal. Der Bauch eingefallen, im Urin kein Eiweiss. Fieber war nicht vorhanden. Angesichts der grossen Inanition und der unvollkommenen Ernährung, drohte der Kranken der Hungertod. Das einzige Rettungsmittel war eine totale Exstirpation des Kehlkopfes sammt der äusseren Neubildung. Die Kranke willigte in die Operation ein, und so führte ich dieselbe am 15. März d. J. aus. Die Patientin wurde auf den Operationstisch mit etwas (durch ein kleines Kissen) erhobenem Kopfe gelagert. Die Trachea war mit einer Trendelenburg'schen Tamponkanüle versehen worden und zwar schon zwei Tage vor der Operation, um die Kranke an die Kanüle zu gewöhnen. Nach Eintritt der Chloroform-Narkose führte ich zwei Schnitte durch Haut und Fascie, welche die Geschwulst umgaben. Die Schnitte erstreckten sich von der Mitte des Zungenbeins jederseits und endigten knapp an der Oeffnung der Trachealkanüle. Die vordere Wand und die Seitentheile des Kehlkopfs fand ich mit einer dicken Schicht krebsiger Masse bedeckt, welche die Mm. sterno-hyoidei, sterno-thyreoidei und thyreo-hyoidei vollständig durchsetzte. Dieser Umstand erschwerte das tiefere Eindringen bis zum Knorpelgerüst. Am hinteren Rande der Cartilago thyreoidea mit Hülfe des Messers, vorwiegend aber mittelst des Raspatorium angelangt, fing ich erst an, die Weichtheile vom Kehlkopfe abzutrennen. Das Lig. hyo-thyreoid. war vollständig degenerirt und in eine bröcklige Masse verwandelt, welche ich vermittelst eines scharfen Löffels auskratzen und ausschaben musste. Nun erst drang ich mit dem Messer zwischen das Zungenbein und den Schildknorpel und trachtete (die Epiglottis unberührt lassend) den Kehlkopf mit einem scharfen Haken nach vorn zu ziehen und vom Pharynx abzulösen. Am unteren Ende der Cart. cricoidea angelangt, trennte ich sie von der Trachea und brachte auf diese Weise den ganzen, von allen seinen Verbindungen getrennten Kehlkopf heraus. Dann erst wurde die Epiglottis mit einem scharfen Haken hervorgezogen und vollständig entfernt, ebenso ein Theil des degenerirten Arcus palato-pharyngeus. Beide Mm. sternocleido-mastoidei waren auf einer ziemlich grossen Fläche blossgelegt, besonders der linke, dessen Oberfläche und dessen äusserer Rand wegen krebsiger Entartung mit entfernt werden mussten. Die Operationswunde war dadurch bedeutend vergrössert worden. — Während der Operation hatte man nur drei blutende Gefässe zu unterbinden, zwei Aeste der Art. thyreoid. sup. und einen Ast der Art. pharyngea.

Die Blutung war verhältnissmässig unbedeutend gewesen, weil ich bei der Operation bestrebt gewesen war, mich immer in der Nähe des Knorpelgerüstes zu halten. Nach der Operation, die $1^1/_2$ Stunden gedauert hatte, fühlte sich die Kranke ungemein erschöpft und angegriffen. Durch die Schlundsonde erhielt sie zwei Glas Wein und später eine Tasse Milch. Die Wunde wurde mit Borsäure-Läppchen bedeckt und die Pat. mit der noch tamponirten Trachea zu Bett gebracht. Am dritten Tage entfernte man den Tampon, liess dagegen die Kanüle liegen. Eine Nachblutung trat nicht auf.

Die Operation war durch einen Zwischenfall unterbrochen worden, der leicht beseitigt wurde, der aber sehr ernste Folgen nach sich hätte ziehen können. Die Respiration stockte plötzlich trotz der heftigsten Inspirations-Anstrengungen des Brustkorbes. Das bleiche Gesicht der Kranken wurde livid. Ich glaubte den Grund der sistirten Respiration im Verschluss der Oeffnung der Kanüle durch den herabgeglittenen Gummitampon suchen zu müssen. Nach Entfernung des Tampons athmete die Kranke sofort wieder frei und die Operation konnte ohne Störung weiter vollzogen werden. —

Während der ersten vier Wochen ernährte man die Kranke durch die Schlundsonde oder durch ernährende Klystiere. Versuche, die Nahrungsmittel durch den Mund zu nehmen, misslangen, da Alles durch die Wunde wieder herauskam. Erst als die Wunde vier Wochen später sich schon bedeutend verkleinert hatte, konnten flüssige, durch den Mund gereichte Speisen heruntergeschluckt werden. Es drang immer weniger durch die Wunde wieder nach aussen, so dass die Kranke nunmehr, also einen Monat nach der Operation, im Stande ist, sowohl flüssige als auch feste Nahrungsmittel zu sich zu nehmen. Vor drei Wochen wurde der Pat. der Gussenbauer'sche, von Leiter in Wien verfertigte Sprechapparat angelegt. Glücklicherweise passte derselbe so gut, dass die Kranke ihn leicht vertrug und sogleich ziemlich laut und deutlich sprach. Jetzt hat sie das Einführen desselben erlernt und leistet er ihr ganz gute Dienste.

Die Hinfälligkeit der Kranken hatte nur so lange gedauert, bis sie nicht im Stande war, Speisen durch den Mund zu sich zu nehmen. So lange war sie kaum im Stande gewesen, den Kopf in die Höhe zu heben. Von dem Augenblicke an, wo die Speisen auf natürlichem Wege aufgenommen werden konnten, entwickelte sich ein solcher Heisshunger, dass sie kaum mit der doppelten Ration ihren Appetit zu stillen vermochte. Dies dauerte über zwei Wochen. Die Kräfte nahmen rasch zu, so dass ich in der siebenten Woche die Pat. in der Warschauer medicinischen Gesellschaft vorstellen konnte. Die Regeneration der Neubildung ist bis jetzt nicht eingetreten. —

Die Untersuchung des exstirpirten Kehlkopfes ergab, dass der vordere Stimmbandwinkel vollständig mit krebsigem Gewebe ausgefüllt war. Die Stimmbänder waren vollständig degenerirt. Die Schleimhaut der hinteren Kehlkopffläche fand ich intact. Die krebsige

Degeneration reichte bis zum unteren Rande des Ringknorpels, ging aber nicht auf die Trachea über. Die Neubildung hatte nach Zerstörung und Perforation des Pomum Adami sich den Weg nach aussen gebahnt und wucherte als pilzartiger Tumor hervor. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Neubildung vorwiegend aus cylindrischen Epithelialzellen bestand.

Im Betreff der hier beschriebenen Operation möchte ich einige Bemerkungen beifügen.

1) In allen bis jetzt bekannten Fällen der Exstirpation des Kehlkopfes wurde dieselbe in Folge von bösartigen Neubildungen dieses Organs ausgeführt (Krebs, Epithelioma, Fibroadenoma carcinomatodes).

Meiner Ansicht nach kann diese schwierige Operation nur durch die ebenerwähnten, zur Stenose führenden pathologischen Veränderungen indicirt sein. Eine theilweise Exstirpation (Resection), mit späterer Anwendung des Sprechapparates, wegen Chondritis oder stenosirender Perichondritis auszuführen, finde ich nicht gerechtfertigt (Heine). In derartigen Fällen muss man sich, wie ich glaube, mit der Tracheotomie begnügen, da die Vortheile der Sprache die Unannehmlichkeiten der Eröffnung des Kehlkopfes und des Schlundes nicht aufwiegen. Keine Modification des Apparates wird je das Herausnehmen und Reinigen desselben vom Schleim entbehrlich machen; Verunreinigung der Metallzunge verhindert aber das Sprechen. — Auch der vollkommenste künstliche Kehlkopf wird sich vom natürlichen dadurch zu seinen Ungunsten unterscheiden, dass er behufs der Reinigung herausgenommen werden muss. Da der Krebs des Kehlkopfes glücklicherweise selten vorkommt, so wird auch die vollständige Exstirpation dieses Organs nie eine grosse Verbreitung finden.

2) Alle bisher beschriebenen Fälle von Exstirpation des Kehlkopfes wurden in jenem Stadium der Krankheit vollzogen, wo die Neubildung nur im Innern des Kehlkopfes sich verbreitet hatte. Der von mir beobachtete Fall ist der einzige, in welchem der Krebs das Knorpelgerüst und die Haut perforirt hatte und nach aussen in Form einer pilzartigen Geschwulst hervorragte. —

3) Bis jetzt ist die Operation nur bei Männern vollzogen worden. Der von mir beschriebene Fall ist der erste bei einem weiblichen Individuum ausgeführte. Es spricht dies für ein häufigeres Vorkommen dieser Krankheit beim männlichen Geschlechte, was vielleicht seinen Grund im Tabakrauchen haben kann. Dieses Moment dürfte vielleicht in der Zukunft durch eine sorgfältige Statistik näher erforscht werden.

4) Die Tracheotomie ist unbedingt ein paar Wochen vor der beabsichtigten Exstirpation vorzunehmen, um der Trachea das feste Verwachsen mit der Haut möglich zu machen und dadurch bei der Operation selbst das Heruntergleiten der Luftröhre zu verhindern. Es wird ferner die Ausführung der Exstirpation selbst hierdurch erleichtert; auch ist die Blutung viel geringer. Es erscheint von Nutzen, die Kranken an die Tamponade der Trachea im Voraus zu gewöhnen.

5) Die Operation wird durch die Tamponade und nachfolgende Chloroform-Narkose bedeutend erleichtert. (Bis jetzt hat nur Bottini ohne Chloroform operirt.) Die Entfernung der Epiglottis halte ich in Uebereinstimmung mit Maas für nöthig (sogar wenn dieselbe in den krankhaften Process nicht mit hineingezogen ist), weil dies das Einführen des künstlichen Kehlkopfs bedeutend erleichtert.

Warschau, am 24. Mai 1877.

P. Vogt. Die Nervendehnung als Operation in der chirurgischen Praxis. Eine experimentelle und klinische Studie. 8. 80 Seiten.

Leipzig, F. C. W. Vogel 1877.

Verf. ist in der vorliegenden »Studie« bestrebt gewesen, der Nervendehnung auf experimentellem Wege eine physiologische Basis zu geben und bestimmtere Anhaltspuncte für die Indication der Operation zu gewinnen. Ein Ueberblick über die operative Technik und über die Topographie der zu wählenden Operationsstellen bildet den Schluss des sehr zeitgemässen und beachtenswerthen Buches. Ein erschöpfendes Referat zu geben ist natürlich nicht möglich; wir heben Folgendes hervor:

Das erste Capitel beschäftigt sich mit der physiologischen und anatomischen Untersuchung über die Wirkung der Nervendehnung unter normalen Verhältnissen. Das physiologische Experiment hat dargethan, dass durch jede stärkere Dehnung eines Nervenstammes die Reizbarkeit desselben und die Reflexerregbarkeit in dem betreffenden Verbreitungsbezirke herabgesetzt wird, d. h. dass durch den mechanischen Reiz der Dehnung die Mechanik der Nerventhätigkeit geändert wird.

Verf. hat die Elasticität und Dehnbarkeit der Nerven experimentell untersucht und zwar 1) am ausgeschnittenen Nerven, 2) an in der Extremität isolirten Nerven und 3) bei wechselnder Körperstellung. V. kommt zu dem Resultate, dass der Nerv selbst nur in beschränktem Maasse elastisch und dehnbar ist. Die Grenzen seiner normalen Dehnbarkeit fallen mit den physiologischen Bewegungsgrenzen der Körpertheile zusammen. Will man über das innerhalb dieser Grenzen gesetzte Extrem hinaus den Nerven dehnen, so geschieht es auf Kosten seiner Continuität. Auch die operativ vorgenommene Nervendehnung überschreitet diese physiologische Dehnungsgrenze nicht und veranlasst keine nachhaltigen Heilungsstörungen.

Bezüglich der Wirkung der Nervendehnung auf die Centralorgane und den peripheren Endapparat kam V. zu dem Schlusse, dass bei der einfachen Blosslegung und Dehnung von Rückenmarksnerven eine Fortpflanzung der centrifugalen Dehnung oder Uebertragung des Zuges auf das Centralorgan nicht stattfindet, dass sich dagegen die centripetale Dehnung des Nervenstammes auf die periphere Verbreitung fortpflanzt und somit im Stande ist, auf den peri-

pheren Endapparat einzuwirken. — Die anatomischen Veränderungen nach der Nervendehnung bestehen in Verschiebung und Lockerung des Nerven in seiner Nervenscheide, verbunden mit einer stärkeren Schlängelung und Erweiterung der zum Nerven tretenden Gefässe. Veränderungen des Druckverhältnisses und des Stoffwechsels (Verlangsamung der Circulation in den erweiterten Gefässen) sind somit die beiden für die Nervenfunction wichtigen Factoren, welche durch die Dehnung eintreten.

Das 2. Capitel handelt von den Untersuchungen über die Wirkung der Nervendehnung unter pathologischen Verhältnissen (cf. Original). Es sei hier hervorgehoben, dass es Verf. ebensowenig als Brown-Séquard u. A. gelungen ist, den traumatischen Tetanus experimentell zu reproduciren. — Die von Verf. vorgenommenen Untersuchungen, um die Wirkung der Nervendehnung unter pathologischen Verhältnissen zu erkennen, führten im Allgemeinen zu keinen positiven Ergebnissen. —

Im 3. Capitel giebt Verf. eine Zusammenstellung der bisher seit 1872 publicirten 11 Fälle von Nervendehnung, welchen V. noch einen 12. von ihm operirten Fall (Blosslegung und Dehnung des N. alveolaris wegen Neuralgie) hinzufügt. Die Operationen gruppiren sich nach den Erkrankungen folgendermassen: wegen Neuralgie 7 mal (Gärtner, Partruban, Vogt, Nussbaum, Vogt, Callender, Petersen), darunter die 3 ersteren ohne nachweislich vorangegangenes Trauma); wegen klonischer Krämpfe mit gleichzeitiger centraler Lähmung 1 mal (Nussbaum); wegen Epilepsie 2 mal (Billroth, Nussbaum); wegen traumatischen Tetanus 2 mal (Kocher, Vogt). In allen Fällen war als Cardinalsymptom eine abnorm gesteigerte Erregbarkeit in der sensiblen und motorischen Sphäre des betroffenen Nervenbezirkes vorhanden und als unmittelbarer Effect der vorgenommenen Nervendehnung zeigte sich, dass in allen Fällen dieses gemeinsame Symptom verschwand, d. h. die gesteigerte Erregbarkeit wurde herabgesetzt.

In 5 Fällen konnten bei der Operation keine Veränderungen an den Nerven constatirt werden, dagegen wohl in den 7 anderen und zwar war in 3 Fällen eine Verletzung der Extremität vorausgegangen, die zu Eiterung und Narbenbildung in der Umgebung der betreffenden Nerven geführt hatte; in 2 Fällen von Neuralgie fanden sich Gefässveränderungen, die auf einen gesteigerten Stoffwechsel im Nerven schliessen liessen; in den beiden letzten Fällen (traumatischer Tetanus) zeigten sich die Nerven hyperämisch und in einem Falle verdickt.

Im 4. Capitel formulirt Verf. nach Möglichkeit die Indicationen zur Nervendehnung bei Neuralgien, bei Reflexepilepsie und traumatischem Tetanus, wie im Original nachzulesen ist. Bezüglich der Neuralgie empfiehlt V. einmal die Neurotomie combinirt mit der Nervendehnung, dann die Nervendehnung allein und endlich die Neurotomie allein. Ausser den 3 genannten Gruppen von Erkran-

kungsformen ist die Operation nach V. auch z. B. bei Contracturen, bei Verletzungen, bei Störungen durch Geschwülste indicirt, falls sich im gegebenen Falle eine gesteigerte Erregbarkeit und auf Circulationsstörung basirende Functionsstörung in dem Nerven als vorwiegendes Symptom herausstellt.

Nach dem 4. Capitel folgt, wie gesagt, als Schluss des Buches eine kurze übersichtliche Beschreibung der Technik der Operation und der Topographie der betreffenden Körperstellen. **Tillmanns** (Leipzig).

G. Tiling. Bericht über 124 im serbisch-türkischen Kriege im Baracken-Lazareth des Dorpater Sanitäts-Trains zu Swilainatz behandelte Schussverletzungen.

(Inaug.-Diss. Dorpat, 1877. Eine lithogr. Tafel.)

Von 7 Verletzungen an Kopf und Gesicht starb kein einziger Fall, weil in das weit hinter der Kampfeslinie liegende Lazareth nur die leichteren Verletzungen gelangten. Drei Verwundungen des Halses mit einem Todesfall sind notirt. Von 15 Brustverletzten (davon 6 penetrirende Wunden) starben 2, und zwar einer an Tuberkulose, der andere in Folge von Durchschiessung der Vena subclavia. 31 Schussverletzungen der oberen Extremitäten zeigten 23 Mal gleichzeitig Fracturen, während 8 Mal nur die Weichtheile betroffen waren. Von allen diesen zusammen starben im Ganzen 5 Fälle. Von 6 an Bauch und Becken verwundeten Patienten starb einer. Einer dieser Fälle ist bemerkenswerth, weil zum Zwecke der Extraction der Kugel, welche im 2. Kreuzbeinwirbel sass, die hintere Wand des Kreuzbeins weggemeisselt und der Sacralcanal eröffnet wurde, welcher Eingriff schnelle Heilung des Verletzten zur Folge hatte. Endlich wurden 28 Schussfracturen der unteren Extremitäten behandelt.

Es waren verletzt:

	Mal	gestorben
Femur	8	7
- ohne Gelenkaffection	5	4
- mit Knieaffection	3	3
Tibia	11	5
- mit Knieaffection	1	1
- ohne Gelenkaffection	9	3
- mit Fussgelenkaffection	1	1
Fibula	5	2
Tarsalknochen	4	2

Es sind also 16 gestorben.

Von 38 Schussverletzungen der Weichtheile an den unteren Extremitäten starben 6. Von allen 124 Schussverletzungen starben im Ganzen 31; davon 1 an Septikämie, 7 an Pyämie, 1 an Trismus, 2 an progredienter Phlegmone; diese beiden letzten wurden als solche aber schon in das Lazareth aufgenommen. Das letztere stand anfangs unter der Leitung von Dr. C. Reyher, wurde später vom Verf. selbst dirigirt. Die Behandlung war eine, den erschwerenden äusseren Umständen gemäss, modificirt antiseptische.

Mit wie grossen Schwierigkeiten aber die Aerzte in jenen uncivilisirten Gegenden zu kämpfen hatten, sowie die Einzelheiten über die in 124 kurzen Krankengeschichten mitgetheilten Fälle, wolle man im Original nachlesen. **A. Bidder** (Mannheim).

Verneuil. Observations pour servir à l'étude des rapports de la grossesse avec les affections chirurgicales.

(Bulletin de la société de chirurgie 1876. No. 5. Séance du 17. mai.)

V. citirt Eingangs die grösseren Arbeiten, welche in neuerer Zeit zur Aufklärung dieses Gegenstandes publicirt wurden, und bemerkt, dass abgesehen von manchen anderen zweifelhaften Puncten, insbesondere das umgekehrte Verhältniss, nämlich der Einfluss der Schwangerschaft auf den Verlauf von Verletzungen und deren Heilung, eines eingehenderen Studiums würdig sei.

V. giebt sodann die ausführliche Mittheilung von 9 einschlägigen, lehrreichen Beobachtungen, bezüglich welcher wir auf die Originalmittheilung verweisen müssen. Die Schlussfolgerungen, welche V. aus dieser kleinen Casuistik zieht, sind folgende:

Schwangerschaft und chirurgische Affectionen (traumatische oder anderer Art) können zu gleicher Zeit neben einander Statt haben, ohne irgendwie einen Einfluss auf einander auszuüben. Auf der andern Seite können aber chirurgische Affectionen Absterben der Frucht oder Frühgeburt veranlassen.

Die Schwangerschaft kann ferner, während sie selbst ihren natürlichen Gang einhält, das Entstehen von chirurgischen Affectionen bedingen (Entstehung einer phlegmonösen Dacryocystitis unter dem Einfluss derselben), den Verlauf anderer in nachtheiliger Weise modificiren, und den Wunden, welcher Art immer, ein eigenthümliches übles Ansehen geben.

Dabei kann, bemerkt schliesslich V., die Verschlechterung der localen Affection durch die Schwangerschaft, andererseits wieder den Gang der Letzteren selbst nachtheilig beeinflussen. Die Verschlimmerung der localen chirurgischen Affection hört sofort auf, so wie die Entbindung Statt gehabt hat, so dass in gewissen, schweren Fällen wohl die Frage entstehen könnte, ob es nicht angezeigt wäre, eine Frühgeburt einzuleiten.

Cazin giebt in der Sitzung vom 24. Mai eine kleine Casuistik, welche als weiterer Beleg für die Richtigkeit der Anschauungen Verneuil's dienen soll. **Fr. Steiner** (Wien).

Guéniot. Rapport sur un travail de Dr. Jude Huë, intitulé: Étude sur la perinéorrhaphie dans les cas de rupture complète.

(Bulletin de la Soc. de Chir. 1876. No. 4. Séance du 5. avril.)

Verf. giebt im Eingange seiner Arbeit eine historische Skizze der Entwickelung des operativen Verfahrens beim completen, veralteten Dammriss. Paré sei der Erste gewesen, dem man die

Idee dieser Operation verdanke. Guillemeau habe sie zuerst ausgeführt und Roux das Verfahren in wirksamer Weise verbessert. Weitere Fortschritte in der Ausübung dieser Operation stammen von Langenbeck, Démarquay, Richet, Le Fort u. A., welche empfahlen, Metallsuturen zu verwenden, und die Dammnaht durch einen der Vagina entnommenen Schleimhautlappen zu schützen.

Unter den Fortschritten der neuesten Zeit hebt J. H. vor Allem die Leistungen der amerikanischen Chirurgen (Sims und insbesondere Emmet) hervor. Nach Emmet's Methode hat H. auch in dem unten referirten Falle die Perinäoplastik geübt, und einen completen Erfolg gehabt.

Bei einer 24jährigen Frau war bei der ersten Entbindung, wobei der Forceps angelegt wurde, ein Dammriss entstanden. Mehrere Monate später machte H. die Dammnaht.

Bei der Untersuchung fand er folgenden Zustand der Theile: Die Schamspalte setzte sich bis in die hintere Wand des Anus, dessen vordere Wand zerrissen ist, fort. Nur einige Ctm. von der Schamspalte entfernt liegt der retrovertirte Uterus. Die Muttermundslippen, links tief gespalten, gestatten die Spitze des Zeigefingers einzuführen.

Nach den nöthigen Vorbereitungen und Verabreichung eines Klystiers am Morgen der Operation entfernte H. mittelst Scheere und Tenaculum an der vorderen Hälfte des Anus und der unteren Partie der Rectovaginalwand, eine dünne, 3 Ctm. breite Lamelle. Die complete Anfrischung hatte die Form eines Schmetterlings, wobei die seitliche Anfrischung die Flügel, und die mediane den Körper repräsentirte.

Die Nahtlegung geschah genau nach Emmet's Angaben. H. armirte Mathieu's Nadelhalter mit einer starken, gekrümmten, 5 Ctm. langen Nadel, und hatte für die drei ersten Fäden (die wichtigsten für die Intacterhaltung des Sphincter und die Herstellung der Scheidewand) nur einen Einstichs- und einen Ausstichspunct an der Haut, fern von den angefrischten Wundflächen. Im Ganzen wurden 6 Suturen angelegt (2 Zeichnungen versinnlichen den ganzen Nahtvorgang), 3 für den Anus und die hintere Partie des Perineums, 3 für die Vaginalpartie.

Es folgt schliesslich das Aneinanderlegen der Theile und die Torsion der (Metall-) Suturen. Letztere wurden abgeschnitten und ihre freien Enden mit einem Stück Heftpflaster umwickelt.

Pat. wurde katheterisirt, in's Bett in die linke Seitenlage gebracht, Schenkel gebeugt, die Kniee mit Bindentouren einander genähert. Vom 3. Tage an nach jedem Katheterismus die Scheide mit Phenylwasser ausgespritzt. Stuhl 17 Tage lang durch Opium angehalten. Verlauf fieberlos. Die Nähte wurden am 7. Tage, wo etwas Eiterung begann, sämmtlich in der Narkose entfernt. Erfolg vollständig. Länge des neugebildeten Dammes über $2^1/_2$ Ctm., Dicke $1^1/_2$ Ctm. — Sphincter ani functionirt kräftig. — Die Heilung ist dauernd complet geblieben.

In der folgenden Discussion bemerkt Verneuil, er hätte unter 5 Dammnähten, die er gemacht, einmal einen Misserfolg deshalb gehabt, weil er gleich Emmet (und J. Huë) die Anfrischung nach hinten verlängert habe, wodurch eine Art Epicanthus analis entstanden sei, der kaum das Einführen des Fingers in den After gestattete. Später gab die obere Partie der Naht nach, und es bildete sich eine Recto-Vaginalfistel, die noch bestehe. V. ist durchaus gegen die Verlängerung der Naht nach hinten, und empfiehlt Labbé's Verfahren: Anfrischung wie gewöhnlich, sodann Verlängerung der Incisionen beiderseits auf das Gesäss. L. begnügt sich, die vordere Hälfte des Perineums zu nähen; der Rectalabschnitt ist also hierbei genau unter denselben Verhältnissen, wie eine Mastdarmfistel nach ihrer Spaltung, und die Vereinigung erfolgt in derselben Weise. V. hat Eine von Labbé's Operirten untersucht, und nicht eine Spur von Incontinenz des Rectums gefunden.

Als sehr wichtig betont Verneuil die Wahl des Zeitpunctes für die Ausführung der Operation. Er will nicht vor 5—6 Monaten nach der Entbindung operiren, da er in einem Falle, wo er $2^1/_2$ Monate nach der Entbindung operirte, einen Misserfolg durch intercurrirende Periovariitis zu beklagen hatte.

Blot schliesst sich Verneuil's Anschauungen völlig an, und ist er, gleich Guyon, Le Fort u. A., gegen die zu lange fortgesetzte künstliche Anhaltung des Stuhles. Désormeaux empfiehlt Offenhalten des Leibes, der Koth schade den Suturen nicht. Le Fort dehnt die Anfrischung so weit als möglich nach der Vulva hin aus, verlängert die Incisionen auf das Gesäss, trennt die seitlichen Partien und sucht eine Scheidewand von der Vagina her, und eine vom Rectum her, zu bilden: er schliesst mit der Naht »à trois plans«.

Trélat fürchtet vor Allem die Einwirkung der Darmgase und der Fäcalmassen, und empfiehlt, das Rectum von der Vagina abzutrennen und die Schleimhaut des ersteren so herabzuziehen, dass sie unter der Perinealnaht liege, so dass die Fäcalmassen mit den Suturen nicht mehr in Contact kommen. Tr. will den Stuhl durch 8—10 Tage angehalten haben, erst vor dem Herausnehmen der Nähte möge ein leichtes Laxans gegeben werden.

Polaillon bemerkt, dass für frische Dammrisse die Serresfines ausreichen; doch werden sie nicht von allen Frauen ertragen. Zuweilen bewirke das alleinige Annähern der Schenkel aneinander, bei frischen Dammrissen, die Heilung. Bei alten Dammrissen möge die Operation bis nach dem 4. Monate verzögert werden; eine Frau, die er früher operirte, starb. Nahe der Stelle des Risses waren die Venen- und Lymphplexus noch ausgedehnt.

Desprès ist mit der ausgedehnten tiefen Anfrischung nicht einverstanden. Er incidire die Narbe, trenne die Schleimhaut der Vagina von jener des Rectums, was dann die gewünschte Anfrischungsfläche darstelle.

Guéniot sucht schliesslich die differenten Anschauungen dahin

zu einigen, indem er sagt, es hätte keinen Nachtheil, gelegentlich von der bestimmten Regel abzuweichen, je nach den Umständen. So sei Emmet's Methode vielleicht nicht schlecht, doch soll man sie nicht generalisiren. Dabei sei es nicht nöthig, in scrupulöser Weise die Enden des Sphincter aufzusuchen, sondern es liege bei der Methode Alles nur daran, einfach die Suturen bis ganz nach hinten anzulegen. **Fr. Steiner** (Wien).

M. Notta. Accidents déterminés par des pessaires.

(Bulletin et mémoire de la société de chirurgie de Paris. Tome II. 1876.)

Verf. berichtet über 3 Fälle zur Illustration der Gefahren, mit denen das Tragen unzweckmässig angelegter Pessarien verbunden ist.

1. Einer 58jährigen Wittwe wurde vor 8 Monaten wegen eines Gebärmuttervorfalls ein festes Pessar (System Schenk) eingelegt. Vor 5 Wochen bekam Pat., indem sie schwer hob, plötzlich einen Schmerz im Unterleib, der mehrere Tage andauerte. Trotz dessen setzte sie ihre Arbeit fort. 3 Wochen später zeigte sich Urinträufeln, das seither erheblich stärker geworden ist. N. constatirte eine Blasenscheidenfistel und nimmt an, die Entstehung derselben wäre vermieden worden, wenn das Pessar sofort, nachdem Pat. den Schmerz gespürt, entfernt worden wäre.

2. Eine Frau von 35 Jahren, die bereits 9 Kinder gehabt hatte, fühlte sich seit dem letzten Wochenbett leidend. Ein Bandagist legte ein Gariel'sches (Cautschuk) Pessarium an. Es entstand übelriechender Ausfluss; Pat. musste wegen zunehmender Schmerzen das Bett hüten. Der Bandagist erklärte den Ausfluss für durchaus heilsam. Einen Monat später öffnete sich ein enormer Abscess der linken Fossa iliaca unterhalb des Arcus cruralis; Pat. wurde ins Hospital aufgenommen; nach 3 Monaten hatte sich die fistulöse Oeffnung des Abscesses noch nicht geschlossen.

3. Einer Frau von 28 Jahren werden nach einem Abortus bei Erscheinungen von Hysterie einige Granulationen am Cervix cauterisirt. Da keine Besserung eintrat wurde ein Bandagist consultirt, der ein Pessarium (Gariel) einlegte. Dasselbe wurde monatlich erneuert. Es entstand profuser Ausfluss mit Schmerzen im Unterleib. Nach 6 Wochen constatirte ein consultirter Arzt Anschwellung des Leibes und Resistenz in beiden Fossae iliacae bei hektischem Fieber. Es entleerte sich ein grosser Abscess durch das Rectum, wobei 3 Wassergläser voll Eiter aufgefangen wurden. 3 Monate später starb die Kranke in Folge der anhaltenden Eiterung.

Verf. bezieht in diesen beiden letzten Fällen die Parametritis ausschliesslich auf den Reiz, den das Pessar ausgeübt hatte, und schliesst hieraus, dass elastische Pessarien bei unzweckmässiger Lage ebensoviel schaden können, als feste. **A. Genzmer** (Halle).

Miram. Zur Casuistik der spontanen Amputationen und ihrer Folgezustände.

(Inaug.-Diss. Dorpat, 1877. Eine Tafel Abbildungen.)

Nach einem historischen Rückblick, nach Auseinandersetzung der Unterschiede zwischen Bildungshemmung und spontaner Amputation und nach einer kritischen Uebersicht über die bisher bekannt gewordenen Ansichten und Theorien über das Zustandekommen der letzteren, fasst Verf. die verschiedenen Ursachen, welche möglicher Weise die Verstümmelung der Extremitäten herbeiführen können, folgendermassen zusammen:

I. Bildungshemmung.

a. Primäre, aus noch völlig dunklen Gründen,
b. secundäre,
  α. in Folge unvollständiger Spontanamputation durch Umschlingung,
  β. in Folge narbiger Schrumpfung des Hautsackes (Virchow),
  γ. in Folge von Compression durch amniotische Falten.

II. Spontane Amputation.

a. Durch Compression,
  α. durch Umschlingung der Nabelschnur (selten),
  β. durch amniotische Bänder und Fäden, die entstanden sein können:
    1) durch Entzündung,
    2) durch plastische Verklebung,
    3) durch Behinderung der Entwicklung des Amnion,
    4) durch Rupturen des Amnion,
    5) durch Ablösung der amniotischen Bekleidung des Nabelstranges,
b. durch intrauterine Fracturen (selten),
c. durch narbige Schrumpfung in Folge von Hautentzündungen«.

Die von Menzel auf Grund zweier Beobachtungen aufgestellte Theorie einer spontanen »epithelialen Dactylolyse« erklärt Verf. für durchaus unhaltbar.

In der Casuistik theilt Verf. zunächst eine ausführliche Krankengeschichte mit. Sie betrifft einen 40 J. alten Bauern, welcher seit seiner Geburt mehrere Defecte zeigte. An der rechten und linken Hand fehlten mehrere Phalangen, ebenso am linken Fuss, während am rechten Unterschenkel eine tiefe circuläre Einschnürung besteht, unterhalb welcher der Unterschenkel und Fuss im Laufe der Jahre elephantiastisch entarteten. Der dadurch unbrauchbar gewordene Fuss wurde in der Klinik durch Unterschenkelamputation entfernt. Verf. giebt nun eine genaue Beschreibung des anatomischen Befundes und schliesst aus demselben, welcher im Original nachzusehen ist, dass die Verstümmelung durch amniotische Falten entstanden gedacht werden muss.

Ferner giebt Verf. die Abbildung eines schon beschriebenen (im Bericht aus dem K. Findelhaus zu Petersburg, 1864), einen Tag alten Kindes, an welchem sehr ähnliche Deformitäten gefunden wurden. Endlich führt Verf. ganz kurz den Befund bei einem 13 Wo-

chen alten Kinde an, bei dem Finger und Zehen durch zahlreiche Defecte der Phalangen, oder einzelne tiefe Einschnürungen bei sonst erhaltenem Finger verunstaltet sind. **A. Bidder** (Mannheim).

Kleinere Mittheilungen.

Szeparowicz. Ein Fall von Chloroformtod.

(Przegląd lekarski 1877. No. 2, 3 und 5. polnisch.)

Eine 50jähr., mit Anus praeternaturalis behaftete Frau wurde auf Verlangen, trotzdem S. es ihr abrieth, vor der vorzunehmenden Untersuchung chloroformirt. Lungen und Herz zeigten nichts Abnormes. Die ersten 2 Minuten verliefen ganz ruhig, dann blieben plötzlich, nachdem wegen Unregelmässigkeit des Pulses das Chloroform ausgesetzt worden, der Puls und das Athmen ganz aus. Alle Belebungsversuche erwiesen sich fruchtlos. Man hatte 2 Drachmen Chloroform verbraucht, dessen Güte nicht durch Analyse, doch dadurch constatirt wurde, dass andere Patienten dasselbe ohne Schaden vertrugen. **Obaliński** (Krakau).

T. R. Glyun. Case of progressive pernicious anaemia successfully treated by immediate transfusion.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 454.)

Bei einem anämischen 52jähr. Manne, dessen Kräfte rasch sanken — das Bild der bekannten »progressiven perniciösen Anaemie« liegt nicht vor — wurde die Transfusion (18—20 Unzen) mit nur vorübergehendem Erfolge ausgeübt. Der Bericht reicht durch 19 Tage. Am Schlusse heisst es, dass nach Kurzem die früheren Beschwerden wieder auftraten und Pat. 2 Monate nach der Transfusion starb.

Pilz (Stettin).

F. B. Greenough. On the treatment of the chancroïd.

(Bost. med. and surg. Journal 1877. Vol. XCVI. p. 39.)

Verf. bespricht die bekannten Erscheinungen und die Form des weichen Schankers, behauptet, dass die gewöhnliche Behandlung mit Cauterien (Arg. nitr., Acid. nitr., Ferr. cand.) Schmerzen, Schwellung, Phimosis und die häufige Entstehung von Bubonen (33%) im Gefolge habe; erfahrungsgemäss heile das ulcus molle in 4—8 Wochen. Er empfiehlt nach seiner Erfahrung die Behandlung mit Jodoform, gelöst in Aether oder in Pulverform — bei tiefen, in Salbenform bei flachen Geschwüren; durchschnittlich erreichte er in kurzer Zeit nicht nur Heilung des Geschwürs, sondern vor Allem nur selten das Auftreten eines sympathischen Bubo. Um den unangenehmen Geruch des Jodoform möglichst zu beschränken, räth G. über den Verband trockne Leinwand zu decken und sorgfältig die Hände zu reinigen. —

Pilz (Stettin).

Bolles. Post-mortem appearence of the skin after subcutaneous injection of brandy before death.

(Bost. med. and surg. Journal 1877. Vol. I. p. 136.)

Nach subcutaner Injection von 30 Tropfen Brandy, 1 Stunde vor dem Tode, beobachtete B. um die Einstichstelle herum auf 1/2″ Durchmesser Entfärbung der Haut, ringsherum einen unregelmässigen, 1 1/2″ breiten Hof von rother Farbe, der zur Peripherie hin immer blasser wurde. Die Grenzlinie zur blassen Centralzone war eine dunkelrothe. Verf. nimmt an, dass durch den Alkohol eine Gefässcontraction um die Einstichsstelle hervorgerufen und eine Ansammlung des Blutes etwas entfernt davon stattfinde. Draper will diese Erscheinungen nicht beobachtet haben; Forster hat stets eine Entfärbung an der Stichstelle eintreten sehen.

Pilz (Stettin).

Kretschy. Verschliessung der Vena anonyma dextra durch eine Struma substernalis. [Klinik des Prof. Duchek in Wien.]

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 1.)

Duchek stellte früher die Symptomenreihe der Verschliessung der V. cava sup. zusammen und sammelte 33 Fälle hiervon, wobei blos theilweiser Verschluss der

Vv. anonymae vorhanden war. Andere Autoren sammelten die Fälle von totaler Verschliessung der Vv. anonymae und fanden dabei beiderseitige Anastomose der V. jugul. Dies letztere Vorkommen wurde auch in einem Falle, den Verf. mittheilt, constatirt. Die gleichzeitige Parese der oberen und unteren linken Extremität erklärte sich aus Circulationsstörungen im rechten Corpus striatum und rechten Thalamus opticus, wie sowohl intra vitam angenommen, als post mortem erhärtet wurde. Im vorliegenden Falle fehlte die sonst auftretende Albuminurie. Wegen der vielfachen übrigen interessanten Bemerkungen und Detailschilderungen wird auf das Original verwiesen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Billroth. Zur Splenotomie.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 5.)

Nach einleitenden Bemerkungen über das in der Litteratur hinsichtlich der Splenotomie Gesagte führt B. einen Fall aus der eigenen Praxis an, in welchem wegen enorm grosser und harter Milz (die exstirpirte Milz wog 2975 Grm.) bei hochgradiger Leukämie die Operation gemacht wurde. Der Fall endete durch Verblutung tödtlich; eine Ligatur musste sich gelöst haben, trotzdem B. beim Anlegen der Massenligaturen alle Vorsicht anwandte. Die Ligatur war von einer Gewebsmasse dicht am Pancreas abgestreift, wobei wohl ein starkes Stuhldrängen der Patientin die nächste mechanische Ursache gewesen war.

v. Mosengeil (Bonn).

Hobon. Prostatite phlegmoneuse. Impossibilité du cathéterisme. Ponction hypogastrique. Guérison.

(Gaz. des Hôpitaux 1877. No. 11.)

Ein 71jähriger, seit 3—4 Jahren an leichter Dysurie leidender Mann erkrankte plötzlich an schmerzhaftem Harndrang; Gefühl von Schwere im Perineum, Unmöglichkeit die Blase zu entleeren. H. fand eine acute Prostatitis. Nach einem längeren Marsche trat absolute Harnretention ein; der Katheterismus, wiederholt versucht, gelang nicht. Nach 3tägigem Warten Punction der Blase, die am nächsten Tage wiederholt werden musste, worauf eine Canule à demeure eingelegt wurde. Sechs Wochen später Einführung eines mittelstarken Katheters, wobei sich nach Ueberwindung eines leichten Hindernisses viel Eiter aus einem Abscesse der Prostata entleert. Rasche Heilung. **Winiwarter** (Wien).

V. Dattilo. La Cistotomia lateralizzata a sinistra ripetuta per tre volte sullo stesso infermo, seguita da guarigione.

(Annali clinici — ospedale incurabili 1876. Decbr.)

An einem 69jähr. Manne wurde binnen 11 Monaten 3 Mal der seitliche Steinschnitt wegen Steinrecidiven ausgeführt. Der Mann ist vollkommen hergestellt. Die Steine bestanden aus Uraten und Phosphaten. **Menzel** (Triest).

Fleury. Tumeur à la cuisse gauche simulant un encephaloïde, formée par des caillots sanguins.

(Bullet. de la Soc. de Chir. 1876. No. 5. Séance du 26. avril.)

Ein 20jähriger, kräftiger Landmann bemerkte vor 8 Monaten zuerst einen kleinen Tumor im mittleren, inneren Abschnitt des l. Oberschenkels. Langsames, aber continuirliches, schmerzloses Wachsthum der Geschwulst, welche gegenwärtig in der Circumferenz ihrer Basis 48 Cent. hat. Sie hat kleine Buckel, ist bläulich von Farbe, an einzelnen Stellen hart, an anderen fluctuirend; die Haut darüber dünn. Der Tumor adhärirt innig dem unterliegenden Gewebe; keine Pulsation, kein Geräusch in ihm wahrnehmbar.

Fl. hielt den Tumor für einen encephaloiden Cancer. Bei der Punction, die er vornahm, flossen einige Tropfen dunkeln Blutes ab. Erweiterung der Punctionsöffnung durch Schnitt; der eingeführte Finger geräth in eine weiche Masse von Fibringerinnseln. Fl. besorgte bereits, einen Aneurysmasack eröffnet zu haben,

doch kam keine Blutung. Er führte in die Tasche einen in ferr. sesquichlor. getauchten Charpieballen ein; leichte Compression des Tumors durch Bindeneinwickelung von den Zehen an.

Schlechter Verlauf. Es trat Verjauchung des Sackes ein. Exit. letal. durch Sepsis foudroyante.

Bei der Autopsie ergab sich aus dem betreffenden Injectionspräparate, dass der Tumor in der That den Sack eines Aneurysma darstellte, eines Aneur. spurium, hervorgegangen aus der Zerreissung der Endverzweigungen einer der Art. collat. der A. femoral., welche das Blut zum Musc. sartor. führen.

Fr. Steiner (Wien).

A. Turretta. Delle legature dell' arteria femorale comune.

(Morgagni 1877. II e III.)

In einem Fall von grossem traumatischem Aneurysma des Oberschenkels im mittleren Drittel, welches am 4. Tage wegen Blutungen aus der Stichwunde zur Behandlung kam, wurde die Ligatur der Femoralis communis vorgenommen. Der Faden fiel am 14. Tage ab; vier Tage darauf Blutungen aus der Ligaturstelle, welche die Ligatur der Iliaca nothwendig machten. Darauf Heilung ohne weitere Störung.

Menzel (Triest).

Prestat. Anévrysme du creux poplité guéri par la compression digitale.

(Bulletin de la Soc. de Chir. 1876. No. 3. Séance de la Soc. du 22. mars.)

Bei einem 79jährigen rüstigen Greis, früher Maschinenheizer, war im Laufe der letzten zwei Jahre ein Aneurysma der Art. poplitea entstanden. Der Tumor war 6 Ctm. lang und 5 Ctm. breit.

Digitalcompression. An den beiden ersten Tagen je 2 Sitzungen zu je 3 Stunden. Abends klagte Pat. über Kopfschmerz, Unruhe, Appetitlosigkeit.

Nach der 4. Sitzung keine Pulsationen mehr im Tumor fühlbar; letzterer ist viel härter, und fast doppelt so gross, wie zuvor.

Am 4. Tage nach Einleitung der Digitalcompression kein Puls in der Art. pediaea. Durch 3 Tage die Zehen am Vorderfusse sehr kühl, bläulich, vom Ansehen der Gangraena senilis. Wärmkruken, Flanelleinhüllungen u. dergl. brachten nach 4 Tagen wieder Wärme und Leben in diese Theile.

Am 6. Tage nach dem Beginne der Behandlung, am 3. Tage nach völligem Sistiren der Pulsationen wurden an der inneren Seite des Tumors oberflächliche Pulsationen fühlbar. P. überzeugte sich bald, dass diese ausserhalb des Aneurysma gelegen seien. Allmälig wuchs diese kleine supplementäre Arterie zur Stärke der A. brachial. heran. P. liess den Pat. noch 1 Monat das Bett hüten; die Geschwulst bildete sich in der Zeit rasch zurück.

Fr. Steiner (Wien).

L. de Riols. Carie osseuse, abscès ossifluents et fistules consécutives chez des scrofuleux; guérison rapide par le phosphate de chaux.

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 11.)

Zwei Fälle von Caries der Tibia und der Fusswurzelknochen bei jugendlichen Individuen von scrophulösem Habitus, welche bereits jahrelang mit allen möglichen Mitteln behandelt worden und deren Ernährung sehr beeinträchtigt war, wurden durch Calcaria phosphorica (Lösung des Chlorhydrophosphates) in 2, beziehungsweise 3 Monaten ohne jedes andere Medicament wiederhergestellt.

Winiwarter (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 27. **Sonnabend, den 7. Juli.** **1877.**

Ueber Metallsuturen bei Lister'schen Verbänden.

Von

Dr. A. Menzel,

Primarchirurg in Triest.

Bekanntlich wenden Lister und seine Anhänger sowohl zu Ligaturen als Suturen vorwiegend Catgut an; nur wenige, soviel mir bekannt, gebrauchen zu Suturen carbolisirte Seide. Das Catgut scheint dem Ideal einer Sutur am nächsten zu kommen. Es reizt wenig, verursacht keine Eiterung, ist nicht schwer zu handhaben und löst sich in wenigen Tagen im Stichcanale auf, so dass man nicht einmal die Mühe nöthig hat, die Nähte eigens zu entfernen.

Der Grund, warum ich trotz dieser anerkannten Vortheile doch nach einem andern Materiale suchte, war zunächst der hohe Preis des Catgut. Ich versuchte es mit Metallsuturen und zwar nahm ich dazu gewöhnlichen allerfeinsten Eisendraht. Es wird wohl nicht erst

nöthig sein, die Billigkeit dieser Suturen zu beweisen; sie sind unvergleichlich billiger, als gewöhnliche Seidensuturen.

Allerdings ist das Knoten etwas schwieriger, als bei Catgut oder Seide. Doch nach kurzer Zeit erlangt man hierin eine derartige Uebung, dass dieser Umstand nicht in's Gewicht fällt. Man verfährt hierbei am besten so, dass man nur einen einfachen Knoten schürzt und über diesen die Drahtenden einige Male zusammendreht.*) Schon eine halbe Drehung genügt, um den Knoten zu fixiren.

Die allerwichtigste Eigenschaft hat der Eisendraht mit dem Catgut gemein; er erzeugt bei Beobachtung der antiseptischen Cautelen keine Reizung und keine Eiterung. Vielleicht dürften die Metallfäden in dieser Hinsicht vor dem Catgut den Vorzug verdienen; es scheint mir, als wenn die Catgutfäden eben wegen der starken Carbolsäureimprägnation die Stichcanäle mehr reizten, als der Eisendraht.

Ich glaube, dass überhaupt die Metallfäden mehr dem Listerschen Princip entsprechen, insofern als ja Lister anerkennt, dass die Carbolsäure die Wunde reizt und daher consequent beflissen ist, dieselbe von der Wunde möglichst fern zu halten. Nur in den Catgutfäden macht er eine Ausnahme, indem er durch sie die Stichcanäle der länger dauernden Einwirkung einer starken öligen Carbollösung aussetzt. Wenn die Nadel nicht inficirt war, so ist auch der Stichcanal, den sie unter Spray bildet, nicht inficirt; es ist darum überflüssig, einen stark desinficirenden Faden (Catgut) durch denselben zu ziehen, es genügt vielmehr und ist a priori zweckentsprechender ein blos desinficirter Faden (Metalldraht).

Die geringere Reizung der Metallfäden zeigt sich vorzüglich dadurch, dass, wie es mir scheint, die Metallfäden weniger durchschneiden, als die Catgutfäden und jedenfalls viel weniger als die Seidenfäden. Das stärkere oder geringere Durchschneiden der Nähte bei übrigens gleicher Spannung, gleichen Geweben, gleicher Dicke etc. etc. ist aber wesentlich bedingt durch die grössere oder geringere Erweichung der Gewebe und diese wieder durch die grössere oder geringere Reizung des darin liegenden Fremdkörpers.

Auch die Eingangs als angenehm bezeichnete Eigenschaft des Catgut, dass es in kurzer Zeit innerhalb der Gewebe sich auflöst, kann zuweilen ganz unerwünscht sein. Es ist mir ein paar Mal geschehen, dass Wunden nach Mammaamputation, welche ganz vollkommen per primam geheilt waren, nach Auflösung der Catgutfäden einzig und allein durch die Spannung der vereinigten Wundränder wieder zum Klaffen kamen. In ähnlichen Fällen lasse ich nun die Metallnähte oft zwei Wochen lang liegen, bis die Verlöthung der Wundränder eine so solide ist, dass ein Klaffen derselben nicht mehr zu befürchten ist. Selbst nach mehrwöchentlichem Liegenlassen

---

*) Auf diese Weise sah ich schon vor Jahren gelegentlich Herrn Prof. Billroth verfahren.

erzeugen die Metalldrähte bei Anwendung der Antisepsis keine Eiterung. — Aber auch ohne Anwenduug des Lister'schen Verbandes erzeugen sie selten Eiterung.

Ueber die Vorzüge der Metallfäden bei Operationen an den Harnorganen hat sich noch ganz kürzlich Prof. Czerny ausgesprochen (narbige Penisfisteln). Ich selbst werde bei Blasenscheidenfisteln nach den letzten überaus günstigen Erfahrungen in sehr schwierigen Fällen wohl schwerlich je von den Metallsuturen abgehen.

Etwas mühsam ist das Entfernen der Suturen. Anfangs war mir dies so schwierig, dass ich nahe daran war, zum Catgut eventuell zur Seide zurückzukehren. Doch auch diese Schwierigkeiten sind nur scheinbar und sind nur darin begründet, dass die meisten Menschen selbst bei den kleinsten Kleinigkeiten erst nach und nach jene Vortheile erlernen, deren Anwendung die Schwierigkeit aufhebt. Wenn man die Nahtschlinge, oder sagen wir den Nahtring möglichst zu einem Stichpunct herausdreht, ihn dann knapp an diesem Stichpunct abschneidet, so lässt er sich leicht aus dem andern Stichpunct herausdrehen. Mit andern Worten: Man darf die Schlinge nicht herausziehen, sondern man soll sie herausdrehen.

Ich weiss recht wohl, dass der Gebrauch der Metallnähte schon alt ist. Mein kleiner Aufsatz zielt auch nicht dahin, etwas Neues vorzuschlagen, sondern nur etwas Altes, Erprobtes trotz des Lister-schen Verbandes nicht fallen zu lassen.

Triest, 18. Juni 1877.

F. Boll. Das Princip des Wachsthums.

(Eine anatomische Untersuchung. 82 S. 1 Kupfertafel und 3 Holzschnitte.)
Berlin, **A. Hirschwald** 1876.

Ausgehend von der angeblichen Unrichtigkeit des bisherigen Grundprincips der normalen und pathologischen Entwicklung (Cancroide), dass nämlich irgend einem Gewebe oder irgend einer Zellenmasse an und für sich die Eigenschaft zukomme, durch spontane Vermehrung seiner Elementartheile einen embryonalen oder pathologischen Wachsthumsvorgang auszuführen (Remak), unternahm es Verf., zunächst das normale Wachsthum der Lunge des bebrüteten Hühnchens in der Zeit vom 8. bis zum 11. Bebrütungstage zu studiren. So fand B. zwei Thatsachen, welche nach seiner Ansicht für die Entwicklung seines Wachsthumsprincips in normaler und pathologischer Beziehung von elementarer Wichtigkeit sind; die eine bezieht sich auf das Verhältniss der Blutgefässschlingen zu der wachsenden Epithelanlage der Lunge, die andere auf die Beziehung der Gefässschlingen zu der Mächtigkeit der die Lungenanlage bildenden Epithelialschicht. Dort, wo Blutgefässschlingen die Epithelialanlage der Lunge berühren, bilden sich Buchten und Thäler in der Lungenanlage, während Vorsprünge und kolbige Auftreibungen der letzteren da vorkommen, wo die Gefässschlingen fehlen. Immer vollziehen sich diese

elementaren Vorgänge an der wachsenden Lunge mit constanter Regelmässigkeit. Während nun Remak die Entwickelung der drüsigen Organe durch Auswachsen, Sprossenbildung etc. der epithelialen Anlage allein zu erklären suchte, betont B. auf Grund obiger Beobachtungen, dass neben den Veränderungen des Epithels auch jene der gefässführenden, bindegewebigen Grundlage mit derselben charakteristischen Regelmässigkeit erfolgen. Beide neben einander verlaufende Functionen stehen sich als gleichberechtigte Factoren gegenüber und bestimmen sich wechselseitig in ihrem Verlaufe. Die Entwickelung der Lunge und der drüsigen Organe ist hiernach »ein fortgesetzter Grenzkrieg zwischen Bindegewebe und Epithel«, zwischen dem gegen die bindegewebige Grundlage vordringenden Epithel und den gegen das Epithel vordringenden gefässführenden Fortsätzen der bindegewebigen Grundlage, sie ist das Resultat »eines Compromisses zwischen zwei verschiedenen, sich gegenseitig bestimmenden Principien«. Die Anordnung und Vertheilung der Blutgefässe ist eine streng regelmässige: letztere lassen die Vorsprünge der epithelialen Sprossen stets frei, während sie gegen die Einschnitte der Lungenanlage vordringen. Durch die mechanische Wirkung des wachsenden Gefässbaumes der Capillarröhren entstehen die Lungeneinschnitte, d. h. die in der Richtung seiner Längsaxe wirkende Druckkraft des Capillarrohres treibt überall, wo sie die Epithelialschicht berührt, letztere vor sich her. An anderen in regelmässigen Intervallen angeordneten Stellen dagegen geschieht das Umgekehrte: »die Wachsthumsgeschwindigkeit der epithelialen Membran erweist sich hier grösser, als die der entgegenstehenden gefässführenden Matrix (»Gefäss-Keimgewebe«) und es gelingt ihr, gegen jene vorzudringen, ihre Gefässe bei Seite zu drängen«. — Nach alle dem ist das Princip des Wachsthums nach Verf. niemals, wie bisher angenommen, als die Function eines einzigen Gewebes aufzufassen, sondern als die combinirte Action, als ein Zusammenwirken mehrerer Gewebe. — Im weiteren Verlauf der Darstellung sucht B. nun den Nachweis dieses Princips auch an anderen Organen zu beweisen. Die drüsigen Organe, oder wie B. will, »die Oberflächen-Organe« (Drüsen, Haut, Schleimhaut mit den secundären Bildungen der beiden letzteren, wie Haare, Nägel, Federn, Zähne etc.) entwickeln sich nach dem vom Verf. geschilderten »Durchwachsungsprocesse«.

Die sich anschliessende Discussion über die morphologischen Consequenzen dieses von B. aufgestellten Wachsthumsprincipes, sowie die Angaben über den Bau secernirender Drüsenepithelien s. im Orig. — Den Chirurgen interessirt besonders der Schluss des Buches, d. h. die Erörterungen über die Entwicklung der Cancroide. Letztere stellen nach B. nicht eine Grenzverschiebung des Epithels gegen das Bindegewebe dar, sondern es ist »der wieder ausgebrochene Grenzkrieg zwischen Bindegewebe und Epithel«, der, wie in der eigentlichen Entwicklungsperiode zur Bildung der normalen »Oberflächen-Organe«, der Drüsen u. s. w., so in der Involutionsperiode zur Bildung der

pathologischen Oberflächenorgane führt. Von den localen Reizen sind die periodischen und die einmaligen Reize (Trauma) für den Krebs in ätiologischer Beziehung von besonderer Wichtigkeit, während constante Reize, d. h. beständig oder fast beständig auf einen Punct der Körperoberfläche einwirkender Druck — nach B. in keinem ursächlichen Verhältniss zur Cancroid-Entwicklung stehen sollen. Von besonderer Wichtigkeit für die Krebsfrage ist die Entstehung des Hühnerauges. Die Hühneraugen und Schwielen sind nach B. das Resultat eines auf die Oberfläche der Haut einwirkenden constanten Reizes, welcher zur Abplattung der bindegewebigen Matrix, zur Atrophie der Gefässe und zu einer mehr nach aussen gerichteten Hypertrophie des Epithels führt.

Das Cancroid entsteht nach Verf. nicht durch einen constanten, sondern durch einen intermittirenden, sogar einmaligen, seiner Natur nach inconstanten, localen Reiz, welcher das Wachsthumsgleichgewicht zwischen Epithel und Bindegewebe erschüttert. Im Gegensatz zu der Atrophie der gefässführenden Gewebsgrundlage beim Hühnerauge bildet sich hier vielmehr eine Hypertrophie des Bindegewebes, welche sofort das Signal zum Ausbruch jenes Grenzkrieges zwischen Bindegewebe und Epithel giebt. Es wiederholt sich bei der wachsenden Krebsgeschwulst der bei der Lungen-Entwickelung geschilderte Durchwachsungsprocess. Die Gefässe und das Bindegewebe kehren zum embryonalen Typus zurück (»Gefäss-Keimgewebe«). Die ersten Andeutungen der Veränderung der Gefässe und des Bindegewebes zeigen sich besonders in der Tiefe der Geschwulst, wo noch keine epithelialen Sprossen existiren (Verdickung der Gefässwände, Auflockerung der Adventitia, Infiltration des Gewebes mit Wanderzellen). Die Erkrankung »des ganzen Gefässbaumes« ist eine sehr weitgreifende, eine Thatsache, welche nach B. besonders bezüglich der Erklärung der Recidive von Bedeutung ist. Die dem Cancroid eigenthümliche Bildung der Perlkugeln entsteht an den Convergenzpuncten des von verschiedenen Seiten her an bestimmten Puncten im Innern der Geschwulst zusammentreffenden Wachsthumsdruckes. —

In 15 von B. untersuchten Lippencancroiden war es Verf. nicht möglich, die Entstehung der Neubildung in erster Instanz von den Schweissdrüsen, Haarbälgen und Talgdrüsen etc. abzuleiten; sie waren nach Verf. nur secundär erkrankt. Den Ausgangspunct des Cancroids konnte Verf. immer nur im Corpus papillare finden, welches er oft schon völlig »cancroid« fand, während die benachbarten Drüsen und Haarbälge sich noch normal verhielten, ein Verhältniss, welches sich aus der Thatsache erklärt, dass die Gefässe des Corpus papillare und die der Drüsen gesonderten Gefässbezirken angehören. — Hinsichtlich der Therapie des Cancroids empfiehlt B., in den ersten Stadien oder bei verdächtigen Verhärtungen z. B. der Lippe die Anwendung eines constanten Druckes zu versuchen, da entsprechend der Entstehung der Hühneraugen ein constanter Druck zu, dem Carcinom entgegengesetzten Gewebsveränderungen führe. Eine wichtige Rolle

in der Therapie des Cancroids vindicirt Verf. der Gefässunterbindung, um das pathologische Leben des tief erkrankten »Gefässbaumes« zu vernichten. —

Bezüglich dieses letzteren Vorschlags der Gefässunterbindung möchte Ref. erwähnen, dass derselbe z. B. bei Zungenkrebsen ja oft ausgeführt wird, ohne dass bis jetzt ein häufigeres Ausbleiben des Recidivs in zuverlässiger Weise constatirt wäre. Und doch liesse sich bei der Gefässanordnung an der Zunge vielleicht am ersten eine günstige Wirkung von der Gefässligatur der lingualis erwarten.

Sodann möchte Ref. bemerken, dass er in der Darstellung des Verf. eine entsprechende Würdigung der von Thiersch in seinem bekannten Werke (»Der Epithelialkrebs«. Leipzig, Engelmann 1865) zuerst constatirten Thatsachen vermisst hat. Und in der Hauptsache hat Thiersch, wie B., bereits auf ähnliche Momente in der Krebsentwickelung aufmerksam gemacht, nur mit dem einzigen Unterschiede, dass Thiersch den Krebs in seinem Wesen als eine epitheliale Erkrankung auffasst. Bereits Thiersch betonte, dass beim Epithelialcarcinom der Haut, bindegewebiges Stroma und Epithel durch einander wuchern. »Das statische Gleichgewicht, in welchem seit Ablauf der Entwickelung die anatomischen Gegensätze des Epithels und des Stroma verharrten, ist gestört. Vorgänge, wie sie zur embryonalen Entwickelung der Papillar- und Folliculargebilde führten, scheinen sich wiederholen zu sollen« etc. (p. 78). Sodann hebt auch Thiersch hervor, dass die Ursache der Krebswucherung in einer gleichzeitigen Veränderung des bindegewebigen Stroma und des Epithels zu suchen sei. »Die Ursache, warum die Initiative in der Regel vom Epithel ausgeht, kann aber im Epithel allein nicht gesucht werden, eine vermehrte Production von Epithel wird an und für sich niemals Epithelkrebs erzeugen können. Eine Veränderung des Stroma muss dieser Production von Epithel den Weg bahnen, der Widerstand, den das Stroma dem Andringen des Epithels leistet, muss vermindert sein, sonst liesse sich das rasche Eindringen nicht erklären« (p. 79) u. s. w. Also auch Thiersch hat den Kampf zwischen Bindegewebe und Epithel genügend charakterisirt. **Tillmanns** (Leipzig).

Hegar. Zur gynäkologischen Diagnostik. Die combinirte Untersuchung.

(Sammlung klin. Vorträge No. 105.)

Für die combinirte Untersuchung sind 4 Angriffspuncte gegeben: Bauchdecken, Harnorgane, Genitalschlauch und Mastdarm. Von diesen lassen sich zwei oder auch drei gleichzeitig benutzen, und so entstehen entweder 6 Combinationen: Bauchdecken-Blase, Bauchdecken-Genitalcanal, Bauchdecken-Mastdarm, Blase-Genitalcanal, Blase-Mastdarm, Genitalcanal-Mastdarm; oder 4 Combinationen:

Bauchdecken - Blase - Genitalcanal, Bauchdecken - Blase - Mastdarm, Bauchdecken-Genitalcanal-Mastdarm, Blase-Genitalcanal-Mastdarm.

Im alltäglichen Gebrauch sind die Combinationen Bauchdecken-Genitalcanal und Bauchdecken-Mastdarm. Sie reichen für die meisten Untersuchungen aus. Nächst häufig ist die Combination Genitalcanal-Mastdarm, für welche Daumen und Zeigefinger einer Hand am besten verwendet werden. Zur Untersuchung sind Harnröhre und Blase mit zu verwenden, wenn es sich um Feststellung der Beschaffenheit der Blasen- und vordern Uteruswand handelt. Die Combination Blase-Mastdarm ist für Krankheiten des Uterus und der Scheide sehr empfehlenswerth. Von den Combinationen mit drei Angriffspuncten kommt am meisten die mit Bauchdecken-Genitalcanal-Mastdarm zur Verwendung, indem die eine Hand für die beiden letztern Organe zugleich gebraucht wird. Sie leistet zur Reposition des retroflectirten Uterus selbst unter den schwierigsten Verhältnissen sehr gute Dienste.

Bei der combinirten Untersuchung treten nicht selten wesentliche Hindernisse ein. Die starke Spannung der Bauchdecken wird oft durch die Seitenlagerung oder Bauchlage, durch eine zweite Untersuchung oder durch tiefe Inspirationen oder endlich durch die Narkose beseitigt. Enge, Unnachgiebigkeit, Kürze der Scheide und Derbheit ihrer Wand ist durch eine vorausgehende Tamponade zu beseitigen.

Anstatt der von Simon empfohlenen hohen Rectaluntersuchung spricht sich Verf. mehr für die Untersuchung des Rectum mit 2 Fingern aus, und empfiehlt zur ausgiebigen Betastung des Uterus per rectum, die schon früher von ihm angegebene Benutzung einer Kugelzange, die in die Vaginalportion eingesetzt wird, um den Uterus damit zu fixiren, oder herabzuziehen, oder ihm auch einige seitliche Bewegungen zu ertheilen. **Leopold** (Leipzig).

H. C. Burdett. Hospitalism in cottage hospital practice, in relation to Sir James Simpson's theory.

(Brit. med. Journal 1877. Vol. I. p. 551.)

Verf. hat sich der Mühe unterzogen, von dem ihm bekannten 160 ländlichen Pavillon-Spitälern eine Statistik der Mortalität und ihrer Ursachen für sämmtliche Amputirte zu entwerfen. Von 92 Spitälern liegen Berichte vor; in 31 kamen Amputationen nicht vor. Die Sterblichkeit der in 61 Spitälern mit 533 Betten amputirten 306 Personen betrug 55=18%.

Unter diesen Amputationen betrafen den Oberschenkel 80 (27 †)=33,7%, den Unterschenkel 108 (18 †)=16%, den Oberarm 64 (7 †)=10,7%, den Vorderarm 54 (3 †)=5,7%.

I. Amputirt wurden primär oder wegen Verletzungen am Oberschenkel 31 (18 †)=58%, am Unterschenkel 76 (15 †)=20%, am Oberarm 53 (7 †)=13%, am Vorderarm 45 (3 †)=7%.

II. Amputirt wurden secundär oder wegen Erkrankungen am

Oberschenkel 49 (9 †)=18,4%, am Unterschenkel 32 (3 †)=9%, am Oberarm 11, am Vorderarm 9.

Mit Rücksicht auf die Todesursache starben unter I von den Amputirten:

a) am Oberschenkel: an Shok 13, Pyämie 1, Enteritis 1, Lungenentzündung 1, Delirium 1. (Ein Todesfall betraf eine complicirte Fractur des Oberschenkels mit Zerreissung der Femoralis; wegen Gangrän wurde die Amputation als Hülfsmittel versucht.)

b) am Unterschenkel: an Shok 6, Pyämie 3, Tetanus 1, Delirium 1, Pneumonie 1, ohne Angabe 3.

c) am Oberarm: an Shok 4, Pneumonie 1, Tetanus 1, ohne Angabe 1.

d) am Vorderarm: an Shok 2, Tetanus 1.

Es starben unter II von den Amputirten: a) am Oberschenkel: 3 durch Erschöpfung, 2 an Nachblutung, 1 an Pyämie, 2 ohne Angaben.

b) am Unterschenkel: 2 durch Erschöpfung, ohne Angabe 1. —

(Von den 5 Fällen von Pyämie ereigneten sich 2 in Stokton, 1 in Crewkerne, 1 in Ashford, 1 in Lloyd cottage Hospital.)

Die Mortalitätsziffer ist geringer als Erichsen's vom University College Hospital, in welchem in 38 Jahren von 307 Amputirten 25% starben.

Pils (Stettin).

---

v. Dumreicher. Ueber Wundbehandlung.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 6—10.)

Verf. führt gegenüber den durch antiseptische Wundbehandlung erzielten Resultaten die durch offene erhaltenen an. Aus den statistischen Arbeiten von Lister, Volkmann, Thiersch berechnet er eine nach grösseren Operationen vorkommende Mortalität von durchschnittlich $19^1/_3$%, während Burow nur 7% bei offener Wundbehandlung angiebt.

Auf v. D.'s Station wurde seit drei Decennien bis vor Kurzem die von Kern 1809 in Wien eingeführte offene Behandlungsmethode der Wunden geübt und in dieser Zeit nur zweimal Hospitalbrand in ganz kleinen Epidemien beobachtet, wobei der Ursprung und die infectiöse Weiterverbreitung evident nachweisbar waren. Andre accidentelle Wundkrankheiten wurden in einzelnen Fällen beobachtet. Trotzdem ging v. D. zu einer neuen Methode über. — Früher hatte v. D. und vor ihm Schuh schon aus Scheu vor Eiterverhaltung die Vereinigung der Wunden, um prima intentio anzustreben, gemieden; durch Lister's Verfahren ist diese Scheu beseitigt und raschere Heilung möglich. v. D. verfuhr nun in ähnlicher Weise ohne »Lister's antiseptische Beigabe«, aber 1) vereinigte er die Wundflächen möglichst genau, 2) unterband er mit resorbirbaren Fäden, um Eiterung an der Ligaturstelle zu hindern, 3) reizte er die Wundflächen, um »kräftige, entzündliche Exsudation anzuregen«, mit 4 bis

8 % Chlorzinklösung, 4) vereinigte er erst nach völliger Blutstillung, 5) entleerte er Secrete aus nicht comprimirbaren Hohlräumen durch Drainageröhre und legte 6) über die Wunde ein nicht anklebbares Verbandmaterial, um beim Abnehmen Zerrungen zu verhüten. — Hinsichtlich der Details in der Technik v. D.'s und der Erklärung seiner durch dies Verfahren erhaltenen guten Resultate ist auf das Original zu verweisen. — Im Grossen und Ganzen richtet v. D. hauptsächlich seine Argumente gegen die Ansicht, als ob üble Zufälle nach Verwundungen nur durch äussere auf die Wunde wirkende Einflüsse bedingt sein könnten, die durch aseptische Cautelen ferngehalten würden. Dagegen wird den internen Verhältnissen des Patienten grosser Einfluss nicht nur auf Verlauf der Heilung, sondern auch hinsichtlich des Auftretens accidenteller Wundkrankheiten zugeschrieben. Vier und zwanzig in betreffender Weise behandelte Fälle werden als Illustration zum Schlusse beigefügt. — (Für die Klärung der Fragen über Wundbehandlung ist der Aufsatz von v. D. von Bedeutung, damit man allmälig lerne, auf welcher Basis die wissenschaftliche Kritik einer Wundbehandlungsmethode geübt resp. nicht geübt werden darf. Red.) **v. Mosengeil** (Bonn).

G. Weiss. Ueber die Bildung und die Bedeutung der Riesenzellen, und über epithelartige Zellen, welche um Fremdkörper herum im Organismus sich bilden.

(Virch. Arch. Bd. LXVIII. p. 59.)

Um über Natur und Schicksal der Riesenzellen etwas Genaueres zu wissen, schob Verf. Fremdkörper, Haare und baumwollene Fäden in das Unterhautgewebe von Hunden und Tauben. Nach 15—45 Tagen wurden die Fremdkörper mit dem um sie herum neugebildeten Gewebe herausgeschnitten und untersucht. Hiernach zieht Verf. folgende Schlüsse: die Riesenzellen bilden sich durch Zusammenfliessen mehrerer kleinerer Zellen. Dies wird hauptsächlich dadurch bewiesen, dass häufig der Fremdkörper, z. B. ein Haar, sich im Innern der Riesenzellen selbst nachweisen liess. Die Zellen, welche in solcher Weise die Riesenzellen bilden, sind Granulationszellen. Dieselben, durch die fremden Körper gereizt, vergrössern sich zuerst, nehmen eine mehr kugelige Gestalt an, zeigen 3—4 Kerne, kleben dann zusammen und bekommen allmälig ein immer homogeneres Aussehen. Dass entgegen den Ziegler'schen Annahmen die Zellen, die die Riesenzellen bilden, Granulationszellen und nicht weisse Blutkörperchen sind, wird dadurch bewiesen, dass dieselben nur mit einem einzigen Kerne versehen sind (Virchow). Die Riesenzellen wandeln sich, nach W., weder in Bindegewebe, noch in Blutgefässe um, sondern sind immer auch unter den anscheinend besten Lebensbedingungen der fettigen Metamorphose verfallen. **Madelung** (Bonn).

R. Godlee. Gaz in the peritoneal cavity without perforation of the bowel.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 391. Lond. clinic. soc.)

Verf. berichtet besonders mit Rücksicht auf Colotomie über 3 Fälle von Gas im Abdomen ohne Perforation des Darmes. Der erste Fall betraf eine phthisische Person mit amyloider Degeneration der Leber mit freiem Gas im Abdomen; die Section erwies einige Geschwüre im Dickdarm ohne Perforation. Im 2. Falle wurde bei einer 61 jährigen Frau wegen Darmverschluss von C. Heath die Colotomie gemacht. In den Schnitt legte sich ein Gebilde hinein, das im ersten Augenblicke für Colon imponirte, bei genauerem Zusehen aber dafür nicht gehalten werden konnte; die Punction mit der Aspirationsnadel rechtfertigte die Annahme, dass durch Gas ausgedehntes Peritoneum vorgedrängt worden war. Pat. starb. Die Section zeigte ausser frischer Peritonitis nur ein nicht perforirtes Darmgeschwür. Das 3. Mal handelte es sich um Colotomie bei einer 72 jährigen Frau wegen Darmverschluss, auch hier lagerte sich in die Hautwunde durch Gas ausgedehntes Peritoneum ein; Punction. Das Colon liess sich jetzt fassen und einnähen; die Pat. lebt noch. G. glaubt, dass ein osmotischer Process die Ursache dieser Ansammlung von freiem Gase sei. In der Discussion berichtet Cayley über einen ähnlichen Fall. C. Heath bemerkt, dass bei dieser erwähnten Gasansammlung der Leib charakteristisch trommelartig aufgetrieben sei, und sich nicht einzelne ausgedehnte Darmschlingen unter der Bauchhaut abzeichnen.

Pils (Stettin).

F. Engelmann. Beiträge zur Aetiologie der Fibroide des Uterus.

(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. I. Hft. 1. p. 130.)

E. hat 362 Fälle von Uterusfibroiden (65 nach eigener Beobachtung, die übrigen nach den Notizen seines Vaters) zusammengestellt und die Ergebnisse mit denen anderer Forscher (Routh, West, Hewitt und namentlich Winckel) verglichen.

Die verheiratheten Frauen werden bedeutend häufiger befallen als die nicht verheiratheten (5,1 : 1, während das Verhältniss beider zu einander nach Winckel = 9 : 7,3 ist). Bei beiden findet sich die grösste Frequenz zwischen dem 40.—50. Lebensjahr, genauer gegen das 40. Lebensjahr, während die ersten Symptome bei annähernd der Hälfte aller Kranken zwischen 30 und 40 Jahren auftraten. — Von den Verheiratheten waren 26% steril; unter 30 Verheiratheten, welche vor dem Auftreten der Symptome ein oder mehrere Male geboren hatten, concipirten nach diesem 11 gar nicht mehr, 7 überstanden einen oder mehrere Aborte und 12 gebaren noch lebende Kinder.

Bei den Bemühungen, specielle Gelegenheitsursachen nachzuweisen, gewann E. in seinen 65 Fällen 32 mal keinerlei positiven

Anhalt, in den übrigen 33 glaubt er den von den Frauen angeschuldigten Schädlichkeiten 26 mal Gewicht beilegen zu können.

Neben Abort, Unterleibsentzündung (6), schweren Entbindungen (3), finden wir hier Typhus, Heben, Fall, Sprung, Erkältung, Tanzen, Bergsteigen, Gemüthsbewegung und »Krankheiten« in bunter Reihe aufgeführt.

Unter der Einwirkung der Kreuznacher Soolbäder sah E. 2 apfelgrosse Fibroide schwinden, mehrere weiche, rasch wachsende sich verkleinern, die subjectiven Symptome meist wesentlich gebessert.

Löhlein (Berlin).

Grünfeld. Der Harnröhrenspiegel (das Endoskop), seine diagnostische und therapeutische Anwendung.

(Wiener Klinik III. Jahrgang 1877. Hft. 2 u. 3.)

Nach Aufzählung der grossen Reihe von Autoren, welche Urethroskopie getrieben, ohne ihre Methoden eingebürgert zu haben, führt G. an, dass im Allgemeinen bei allen diesen Verfahren grosser Werth auf den Beleuchtungsapparat, zu geringer auf den Harnröhrenspiegel selbst gelegt worden sei. Verf. selbst bedient sich des gewöhnlichen concaven Reflectors von 4″ Durchmesser und verwendet Licht von jeder beliebigen Lichtquelle, wodurch zugleich am bequemsten die Lichtintensität regulirt werden kann. Das Instrumentarium, das G. zumeist verwendet, besteht 1) aus 4 geraden, vorn trichterförmig erweiterten, innen geschwärzten Endoskopen. Sie sind, um weitestes Gesichtsfeld zu gewähren, von möglichst dünnem Metall, am visceralen Ende gerade abgeschnitten und behufs leichteren Einführens mit einem Conductor-Obturator versehen. Die Länge beträgt 10 bis 15 Ctm., je nachdem man vor oder hinter dem bulbösen Theil der Harnröhre untersuchen will, der Durchmesser No. 18 oder No. 22 der Scala von Charrière. Dann sind 2) die geraden gefensterten Endoskope zu nennen; sie haben keinen Conductor, sondern am schräg abgeschnittenen Ende ein Planglas; sie dienen besonders zur Untersuchung der weiblichen Harnblase. 3) die gekrümmten gefensterten Endoskope; sie gleichen einem männlichen Katheter, der an der Stelle der grössten Convexität ein ovales Planglas trägt. 4) Das gekrümmte Endoskop mit Conductor hat an Stelle des Planspiegels ein offenes Fenster und ist mit obturirendem Conductor versehen. 5) Das Fensterspiegelendoskop; es trägt einen kleinen unter 45° gegen die Axe des geraden Instrumentes geneigten Spiegel am unteren Ende, welchem gegenüber stehend ein halbcylindrisches Glasrohr in einem Fenster des Rohres steckt. Es zeigt die Bilder verkehrt und bedarf intensiverer Beleuchtung. — Bei Untersuchungen des Theils der Harnröhre vor dem Bulbus lässt man den Pat. auf einem erhöhten Sessel sitzen, bei derjenigen des retrobulbären Theiles mit abducirten, schwach flectirten Schenkeln liegen. Um mit kurzem

Endoskop möglichst lange Penisstrecken zu durchsuchen, muss dieser von vorn nach hinten zusammengepresst werden. Behufs Vornahme der Inspection wird nach Einführung des offenen Endoskops mittelst eines eigenen Tamponträgers die betreffende Partie von Schleim und Eiter durch Abtupfen befreit. Bei der Harnröhre sieht man alsdann einen sich vertiefenden Trichter. Der dem Tubusrande anliegende Theil, ein schmaler Ring, ist blasser, der centrale Theil bietet ovale, quer- und senkrecht lineäre Bilder und mehr oder weniger zackige, von Falten herrührende Verästelungen der Linienbilder. — Die Morgagni'schen Taschen erscheinen dadurch, dass man die Beleuchtung etwas verschiebt, wodurch die Ränder dieser Grübchen sich mit leichtem Reflex gegen den Grund abheben. Mit feineren Sonden kann man die Morgagni'schen Taschen entriren. — Bei weiterem Eindringen mittelst des geraden Endoskops kommt man in Gegenden, wo durch Einströmen von Urin das Beobachten unmöglich wird. Hier müssen das gekrümmte und gefensterte Instrument angewandt werden. Ueber die hierbei erscheinenden Bilder und deren Deutung ist im Original nachzulesen. Die Pars prostatica und zwar die hintere Wand wird durch das gefensterte und gebogene, mit Conductor versehene Endoskop durchmustert, die Blase durch das gefensterte und gebogene. — Das gerade und gefensterte, durch eine etwas schräg stehende Glasplatte geschlossene Endoskop dient zur Untersuchung der weiblichen Blase, wobei mittelst gewisser Kunstgriffe (Einschieben des Instrumentes auf $2^1/_2$—3 Ctm. Länge in die Blase und Neigung auf 30—35° gegen die Medianebene) die Ureterenmündungen zu sehen sind. Mittelst des geraden Fensterspiegelendoskops werden strichförförmige Partien der einen Wand bei männlichen und weiblichen Harnröhren untersucht. Die durch Verf. mitgetheilten Befunde, dass normal in einzelnen Regionen blassere, an anderen stärker injicirte Schleimhaut vorhanden, ist bei den Untersuchungen zu beachten. Die Bilder, welche gewonnen werden, können mit Vergrösserungsapparaten genauer beobachtet, und selbstverständlich kann mit Einfügung eines Planspiegels auch Autoendoskopie geübt werden.

Die endoskopisch zu untersuchenden Erkrankungen sind besonders der Tripper, Polypen und Stricturen der Harnröhre. Hinsichtlich des Trippers unterscheidet Verf. Urethritis blennorrhagica (acuter Tripper), Urethritis membranacea (diphtheritische oder croupöse Form), Urethritis simplex (die meist für nicht infectiös gehaltene Form), Urethritis granulosa (Nachtripper). Bei letzterem wird örtliche Behandlung des meist auf kleine Partien beschränkten Erkrankungsherdes nöthig, der sich, wie der Name sagt, durch Granulationsbildung charakterisirt. Feine Aetzpinsel und Aetzmittelträger, sowie eine Art Pulverbläser sind die Instrumente zur topischen Behandlung, Sol. arg. nitr., Cupr. sulph. und Jodkali-Jodglycerin die Mittel. Ferner: Urethritis herpetica oder phlyctaenulosa und Urethritis mit Geschwürsbildung. Ueber die endoskopischen Befunde und die Differentialdiagnose vergl. den Aufsatz selbst. Von besonderer Bedeu-

tung in Bezug auf Diagnose und Therapie wird das Endoskop bei Polypen der Harnröhre. Verf. hat von dieser sonst für so selten gehaltenen Erkrankung viele Fälle durch seine Untersuchungsmethode nachweisen können und giebt deutlich die Erkennung derselben an, sowie das Verfahren ihrer Entfernung. Feine Scheeren, Zangen, Kneipen und Polypenschlingenschnürer sind hierzu anzuwenden. Beigefügte Krankengeschichten illustriren Diagnose und Operationsverfahren.

Weiter folgt ein ausführlicher Abschnitt über Beobachtung und Behandlung der Urethralstricturen.

Zum Schluss erörtert Verf. die Wichtigkeit des Endoskops für Erkennung fremder Körper in Blase und Harnröhre und weist auf seine Verwendbarkeit in anderen Höhlen, seien sie natürliche oder durch Verletzungen entstandene, hin. **v. Mosengeil** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Frank S. Grant. A case of tetanus successfully treated by calabar bean.

(The New-York med. record 1876. Dec. 16. No. 319. p. 811.)

In einem Falle von Tetanus, welcher bei einem 21jähr. Patienten in der vierten Woche nach einer ausgedehnten Verbrennung auftrat, gab G. von einer alkoholischen Lösung des Extr. physostigminum (1 : 15) anfangs stündlich etwa 5 bis 10 Tropfen, stieg dann rasch fortschreitend bis auf 30 Tropfen stündlich, und als trotzdem die Krämpfe nicht ganz wichen, gab er ausserdem noch (2 Tage nach Beginn derselben) von einer Lösung von Chloralhydrat und Bromkali āā 1 : 4 Wasser, 3stündlich 1 Theelöffel. Darauf erfolgte Besserung. Plötzlich am 16. Tage kam ein Rückfall von allgemeinen Krämpfen, welcher 15 Minuten dauerte; sofort wurden von obiger Alkohol-Lösung 2stündlich 45 Tropfen gegeben; 2 Tage später gab man dieselbe Dosis nur 3 Mal täglich. Wegen nochmaliger Rückkehr der Krämpfe wurden durch weitere 4 Tage 60 Tropfen, und darauf 4 Mal täglich 30 Tropfen gegeben. Dies war von entscheidendem Erfolg. G. räth, obige grosse Dosen von Calabar in ähnlichen Fällen recht frühzeitig anzuwenden.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Tirifahy. Zwei pathologisch anatomische Befunde.

(Anat. pathol. Gesellsch. zu Brüssel. Sitzung vom 6. Mai 1877.)

(La presse méd. belge 1877. No. 25. p. 195.)

1) Eine 35jähr. Dame bemerkte im 5. Monat der Schwangerschaft eine Geschwulst von Nussgrösse in der Brustdrüse, welche bis zum 3. Monate nach der Entbindung, wo die Exstirpation gemacht wurde, das Gewicht von 2 Kilo erreichte. Vollständige Heilung. Zur Zeit der Demonstration des Präparates waren Mutter und Kind ganz gesund.

2) Eine 75jähr. Frau hatte seit ihrer Jugend eine Hernie in der linken Inguinalgegend, die früher leicht zurückging, später wegen Vernachlässigung nicht mehr zurückgebracht werden konnte. Plötzlich traten Einklemmungserscheinungen auf. Nach vergeblichen Taxisversuchen wurde die Herniotomie mit Eröffnung der Bruchsäcke gemacht. Zunächst stiess T. auf eine Epiplocele, welche an ihrem Bruchsack stark adhärent, aber nicht eingeklemmt war. Beim Abschneiden des Netzknotens gelangte T. in den zweiten Bruchsack, in welchem sich röthliches Serum und eine bläuliche Darmschlinge befand. Débridement, worauf die Schlinge leicht zurückging. Tod 3 Tage später an Erschöpfung.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Heschl. Ueber Charcot'sche Krystalle im Blute der von Billroth durch Splenotomie operirten leukämischen Patientin.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 7.)

H. demonstrirt die Krystalle, welche sich bei Leukämischen erst drei Tage nach dem Tode vorfinden. Es sind langgestreckte vierkantige Pyramiden und finden sich auch in den Sputis von Bronchialasthmatikern, wo sie durch Reizung der Schleimhaut die asthmatischen Anfälle bedingen sollen. Im Knochenmarke werden sie sowohl bei normalen Verhältnissen, als auch besonders bei Leukämischen gefunden. Im vorliegenden Falle waren sie in den Gerinnseln des Herzblutes und dem Knochenmark des Oberarmes zu constatiren.

Ihre chemische Constitution ist noch unklar, doch scheinen sie — weshalb sie vom höchsten Interesse wären — einen krystallisirten Eiweisskörper darzustellen.

v. Mosengeil (Bonn).

H. Bonnet. Fracture pathologique complexe chez un sujet atteint de paralysie générale.

(Gaz. des hôpit. 1877. No. 17.)

Ein geisteskranker Paralytiker zog sich durch einen Fall auf ebenem Boden einen Bruch des rechten Oberarmes zu, der Anfangs für eine einfache sehr schräge Fractur des Mittelstückes imponirte und demgemäss mittelst eines Dextrinverbandes fixirt wurde. Der Pat. starb am 5. Tage nach der Verletzung unter Hirnerscheinungen. Bei der Section fand sich ein ausgedehntes Blutextravasat über dem Schultergelenke; ausser der Fractur des Mittelstückes bestand eine zweite des Collum chirurgicum, welche von dem oberen Ende der ersten ausging, und eine von beiden ganz unabhänige Fissur am anatomischen Halse. Zwischen den Fragmenten ist das Knochenmark in röthlichen Brei verwandelt. B. glaubt, dass die bedeutende Ausdehnung der Verletzung im Verhältniss zu der geringen Wucht des Falles durch die Paralyse der Muskeln bedingt gewesen sei.

Winiwarter (Wien).

Weigenthaler. Beiträge zur Lehre von der Influenza der Pferde.

(Deutsche Zeitschr. f. Thiermed u. vergl. Pathol. Bd. III, Hft. 3. p. 182—199.)

Um die vielfach verworrenen Anschauungen der Thierärzte über das Wesen der Influenza aufzuklären und den Begriff der Krankheit wissenschaftlich zu begrenzen giebt Verf. eine kleine Monographie derselben, die jedoch für uns nichts wesentlich Neues enthält, da das entworfene Krankheitsbild der menschlichen »Grippe« ausserordentlich ähnlich sieht. Hervorheben wollen wir nur in ätiologischer Beziehung, dass die Krankheit unter den Pferden epizootisch auftritt, geographisch sehr verbreitet und an keine Jahreszeit gebunden ist, sowie endlich auch keinerlei Individuen verschont. **A. Hiller** (Berlin).

Schiltz. Innere Urethrotomie und Oesophagotomie.

(Correspondenzbl. der ärztl. Vereine in Rheinland etc. No. 19. p. 15.)

Sch. rühmt seine Operationserfolge bei innerer Urethrotomie. Für die von ihm seit Jahren gebrauchten Instrumente eigener Arbeit und Erfindung will er nach Einführung des deutschen Patentgesetzes den Patentschutz nachsuchen. Besonderes Interesse verdienen zwei Fälle von Oesophagotomia interna. Eine Frau litt seit Monaten an zunehmenden Schlingbeschwerden; die Strictur des Oesophagus wurde durch Schlundsonden nicht blos constatirt, sondern auch monatelang zu erweitern versucht und die Ernährung möglichst durch Sonde mit Trichter bewirkt. Dennoch gelangte man nicht weiter, da die Verengerung carcinomatöser (!) Natur war. Die Patientin, deren Tochter das Sondiren mit grosser Geschicklichkeit auszuführen gelernt hatte, wurde der Cur überdrüssig, magerte fortwährend ab. Sch. construirte ein Oesophagotom nach Analogie seines Urethrotom. Die Einführung und Incision in einem kräftigen Zuge mit nach dem Nabel gerichteter Klinge gelang vortrefflich; Schmerz und Blutung war ganz unbedeutend. Patientin konnte wieder Brot und Fleischbrocken schlucken und eine dicke Sonde leicht eingeführt werden. Nach einigen Wochen, in denen sich die Pat. merklich erholte, passirten die Sonden

wieder schwierig die Strictur. Neue Incision mit demselben Erfolg. Im Ganzen wurde fünf Mal die Oesophagotomie gemacht, jedesmal fast ohne Blutung und Schmerz, aber mit bald vorübergehendem Erfolge. Tod durch Tuberkulose. Obduction durch äussere Umstände verhindert. — Im zweiten Fall bestand bei einem kräftigen Mann eine sehr enge Strictur, die wahrscheinlich durch ein mit scharfem Branntwein hervorgerufenes, später vernarbtes Speiseröhrengeschwür bewirkt war. Vergeblich wurde versucht mit Sonden zu erweitern. Nach der Incision, welche nicht ganz unbedeutenden Schmerz verursachte, konnte eine dicke Sonde etwas mehr wie einen Zoll tiefer, jedoch nicht bis in den Magen geführt werden. Eine dünne Sonde gelangte jedoch in den Magen und das Festhalten, welches man fühlte, liess auf eine zweite Strictur schliessen. Da Patient nach der Operation viel und lange (von 5—10 Uhr Abends) Blut verloren hatte, weil die Blutung weder durch das nicht so tief gelangende Eisenchlorid noch durch liegenbleibende Sonden gestillt werden konnte, so weigerte er sich, die jetzt erkannte, unterste Strictur operiren zu lassen. Er wurde täglich sondirt, nothdürftig durch Trichter ernährt und starb 8 Tage nach der Operation an langsam wachsender Entkräftung. Bei der Section fand sich die Incisionsstelle vernarbt. Dicht unter derselben eine enge Strictur (dicht über dem Mageneingang), so eng, dass ein dünner Bleistift mässig leicht durchgeführt werden konnte. **Madelung** (Bonn).

Gurbski. Ein Fall von Abtragung der Clitoris.

(Gazeta lekarska XXII. 8. polnisch.)

Die 40jährige Pat. litt seit Monaten an unausstehlichem Jucken an den Genitalien. Die Untersuchung erwies Anschwellung der Schamlefzen und der Clitoris. Da Bepinselungen mit Höllenstein keine Linderung brachten, so wurde die $2^1/_2$ Ctm. lange Clitoris mit dem Messer abgetragen. Vollständige Heilung.

Obaliński (Krakau).

Patrick Jamieson. On the treatment of prolapsus ani in infants.

(Obstetr. Journal of Great Britain and Irel. XLVIII. 1877. März. p. 795.)

Bei einem 15 Wochen alten Mädchen war ein 2″ langes Stück Mastdarm bereits seit 3 Wochen prolabirt, als sich eine erhebliche Vergrösserung des Vorfalls (auf 4″) mit starker Blutüberfüllung und anhaltendem Tenesmus einstellte. Wiederholte Reposition ohne bleibenden Erfolg. J. führte nun den Zeigefinger hoch ins Rectum ein, bis er vor dem linken Ileosacralgelenk die Invaginationsstelle erreichte. Sofort hatte er den Eindruck, dass wenn an dieser Stelle der Finger so lange als Bougie verbleiben würde, »bis die circulären Muskelfasern sich in situ contrahirt hätten«, der Vorfall dauernd behoben sein würde. Die Mutter wurde demnach sorgfältig instruirt, die Zeigefingerbougirung 4 Stunden lang zu üben. — Sie that es getreulich und mit bestem Erfolg: der Tenesmus liess nach, der Vorfall war beseitigt. **Löhlein** (Berlin).

V. Zannini. Sulla patogenesi e sulla terapia dell' atrofia muscolare progressiva.

(Raccoglitore medico 1877. No. 8, 9.)

Die 22jährige Patientin fühlt seit zwei Jahren eine Schwäche in der rechten Hand und seit einem Jahr in der linken und in den untern Extremitäten. An der rechten Hand, am Vorder- und Oberarm sind die Muskeln auf's äusserste abgemagert, zu dünnen Strängen reducirt, die Hand skeletartig und krallenförmig eingeschlagen. In weit geringerem Grade leiden die übrigen Glieder. Nach 110 Sitzungen mit dem inducirten Strom ist die Kranke fast vollkommen hergestellt, die Muskeln haben nahezu ihr früheres Volumen und ihre frühere Arbeitskraft erlangt. Verf. hofft, dass die Heilung dauernd sein werde.

Menzel (Triest).

Nicaise. Sarcome periostal de l'humerus chez une femme enceinte de huit mois. — Désarticulation de l'épaule par le procédé de Larrey modifié. — Accouchement normal; Guérison.

(Bulletin de la Société de Chirurgie 1876. No. 3.)

(Séance de la Société du 8. Mars.)

Eine 22jährige im 8. Monat schwangere Bäckersfrau präsentirt sich mit einer Geschwulst am linken Arme, welche seit 1 Jahre bestehen soll. Der Tumor umfasst den linken Oberarm spindelförmig, beträgt $39^1/_2$ Ctm. im Umfang, ist weich, leicht eindrückbar, die Haut darüber gespannt, glänzend, dabei von grosser Schmerzhaftigkeit; in den letzten 3 Wochen ist er angeblich rapid gewachsen. Keine Infiltration der benachbarten Lymphdrüsen. Der Musc. deltoides ist atrophirt, das Ellbogen- und Schultergelenk ganz normal in ihren Bewegungen.

Die Diagnose wurde gestellt auf: encephaloides Osteosarcom, und die Operation — Exarticulation des Schultergelenkes unter Esmarch's künstlicher Blutleere nach Larrey's modificirter Methode — vollführt: circuläre Durchtrennung der Haut; dann die Muskulatur vorn und hinten, an der Grenze der retrahirten Haut, schräg nach einwärts durchschnitten (damit die Wundlefzen nicht zu dick werden), Exarticulation, und zum Schluss Durchtrennung des Gefäss- und Nervenpaquet's. Verband mit in Alkohol getränkter Charpie.

N. betrachtet den Tumor als subperiostales Sarcom, welches allmälig das Periost von der Diaphyse des Humerus losgeschält, und zur Bildung von nadelförmigen Knochenbälkchen, welche der äusseren Fläche der Diaphyse implantirt sind, beigetragen hat.

Wundheilungsverlauf und Niederkunft ohne erhebliche Zwischenfälle. Auch N. ist auf den Gedanken verfallen, den Esmarch'schen Gummischlauch durch eine zweite Binde zu ersetzen. Er liess von Collin eine solche von 70—80 Ctm. Länge herstellen, welche auf einer Seite eine Reihe von Ringen hat. An dem einen Ende ist ein Haken angebracht, der je nach dem Gliedumfange in den einen oder anderen Ring eingehakt wird.

In der hierauf folgenden Discussion hebt N. hervor, wie sehr die Ansichten der Autoren in der Beantwortung der Frage differiren, ob operative Eingriffe die gleichzeitig bestehende Schwangerschaft nachtheilig beeinflussen oder nicht. Die Ursache dieser Meinungsdifferenzen liegt, seiner Meinung nach, in dem jeweiligen schwereren oder leichteren Grade des Wundfiebers. Jedes Weib, das von heftigem Wundfieber erfasst wird, abortirt fast unausbleiblich und stirbt. Dieselben Folgen treten ein bei Entwickelung einer Lymphangoitis oder eines Erysipels.

Polaillon nennt überdies noch als zwei massgebende Factoren den Blutverlust und das Stadium der Schwangerschaft, in welchem operirt wurde. Jeder stärkere Blutverlust prädisponire zum Abortus; ausserdem finde letzterer nach Traumen häufiger im 3. und 4. Monate als in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft statt.

Guéniot und Tillaux sprechen gegen die Allgemeingültigkeit von Verneuil's Behauptungen (cfr. Centralbl. f. Chir. p. 409), da Beide Erfahrungen gemacht haben, wobei das Erysipel, und selbst grössere operative Eingriffe ohne Einfluss auf die bestehende Schwangerschaft blieben, wozu schliesslich Nicaise bemerkt, es handle sich wesentlich um die Localität der Operation; insbesondere seien es die Operationen an den Genitalorganen, welche mit Vorliebe Abortus herbeiführen.

Fr. Steiner (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 28. **Sonnabend, den 14. Juli.** **1877.**

Neue Operationen.

Vorläufige Mittheilung

von

Prof. Dr. **Czerny** in Heidelberg.

Ich habe in diesem Sommersemester folgende, meines Wissens am lebenden Menschen noch nicht gemachte Operationen ausgeführt:

1) Resection des Oesophagus. Wegen eines ringförmigen Carcinoms, welches für die Schlundsonde unpassirbar war, wurde am 2. Mai bei einer 51 jährigen Frau ein Stück von 6 Ctm. aus der ganzen Dicke des Oesophagus entfernt und das untere Ende des Schlundrohres in die Halswunde eingenäht. Die Kranke wurde am 6. Juni geheilt entlassen.

2) Exstirpation eines retrooesophagealen Kropfes. Seit 5 Jahren hatte sich bei einer 30 jährigen Frau eine Geschwulst im Oesophagus hinter dem Kehlkopfe entwickelt, welche am 26. Mai

wegen dringender Athemnoth die Tracheotomie nöthig machte. Mit dem für die Oesophagotomie üblichen Schnitte drang ich (5. Juni) bis auf die Geschwulst, welche zwischen Oesophagus und Wirbelsäule eingekeilt war, vor und schälte sie ohne Eröffnung des Schlundrohres aus ihrer Kapsel. Die Halswunde ist jetzt nahezu geheilt, dagegen muss noch die Kranke wegen der Verschiebung des Kehlkopfes die Kanüle tragen.

3) Enterorhaphie wegen einer Kothfistel im Bruchsacke. Bei einem 47jährigen Manne, der schon seit langen Jahren eine Kothfistel, wegen der er schon von verschiedenen Chirurgen behandelt worden war, in einem rechtsseitigen Scrotalbruche hatte, eröffnete ich am 15. Juni den Bruchsack, löste die mit dem Bruchsacke verwachsene Darmschlinge mit dem Messer ab, nähte die Oeffnung im Darme mit Catgut zu und reponirte dann den Darm in die Bauchhöhle. Dann wurde die Radicaloperation der Hernie nach meiner Methode (vergl. Wiener med. Wochenschr. 1877. No. 21—24) ausgeführt. Nach 3 Verbänden war Pat. ohne Fieber vollkommen geheilt.

Nähere Mittheilungen über diese Operationen werden in kurzer Zeit erscheinen.

Heidelberg, am 29. Juni 1877.

F. v. Heuss. Chirurgisch-pathologische Tafeln.

3. und 4. Lieferung. Verlag von L. Kressner, Würzburg 1877.

Die vorliegenden beiden Lieferungen der chirurgisch-pathologischen Tafeln von v. H. sind im Wesentlichen in derselben Weise gehalten, wie die vorhergehenden, bereits im Centralbl. für Chirurgie 1876, p. 419 besprochenen Abbildungen. Wir können es deshalb unterlassen, auf den Werth des Werkes nochmals näher einzugehen. Die vorliegenden 7 Tafeln stellen dar: Mamma-Carcinom, Unterschenkelgeschwür, Unterschenkel-Gangrän (thrombotische), Nekrose des Oberschenkels (1. Tafel); pes varus traumaticus, Phlebarteriectasie, Aneurysma art. poplit., Carcinoma coxae, Oberschenkelsarcom der Haut (2. Tafel); Fistula ventriculi in 3 verschiedenen Stadien, chronische Osteomyelitis des Oberschenkels (3. Tafel); Rhinosclerom, Fungus medullar. nasi et labii, Ectopia vesicae, prolapsus uteri et vaginae (4. Tafel); Tumor cavernosus der Zunge, Lippen und des Gesichts, Hypertrophia cutis, Lymphoma medullar. (5. Tafel); Elephantiasis nostras (6. Tafel); Hydrocephalus chron., Exostosis eburnea, Pes gigas (7. Tafel). Manche Abbildungen geben schöne Typen wieder, am wenigsten gelungen dürften die Abbildungen bezüglich Carcinoma mammae und Sarcoma cutis femoris sein, nicht ganz richtig oder wenigstens ungenau ist die Ectopia vesicae mit Epispadie dargestellt. Es hätte sich empfohlen, den Penisstumpf etwas hervorzuziehen; durch eine derartige Abbildung wäre die Epispadie und der Uebergang der Penisrinne in den

Blasenhals besser sichtbar gemacht worden. Die vom Verf. gezeichnete Hautbrücke zwischen Penis und der vorgestülpten Blasenschleimhaut scheint Ref. sehr unwahrscheinlich, wenigstens hat Ref. dieselbe bis jetzt unter den von Herrn Geheimrath Thiersch operirten Fällen noch niemals beobachtet. **Tillmanns** (Leipzig).

R. Moffatt. Report of cases treated in Professor Macleod's surgical wards in the Western Infirmary during the year ending 31. October 1876.

(Glasgow méd. Journal 1877. Jan.)

Behandelt wurden 443 Patienten, davon 314 stationär, 129 ambulatorisch. Von ersteren wurden 301 geheilt resp. gebessert entlassen, 13 starben. Rechnet man von letzteren 4 innerhalb der ersten 12 Stunden nach der Aufnahme Gestorbene ab, so ist die Mortalität = $2^4/_5$%. Erysipelas, Pyämie, Hospitalbrand kamen gar nicht vor. Verf. schiebt dieses günstige Resultat ausser auf die guten sanitären Verhältnisse der Anstalt hauptsächlich auf die streng durchgeführte Lister'sche Wundbehandlung.

Detaillirte Beschreibungen finden sich nur bei vereinzelten interessanten Fällen, im Uebrigen giebt Verf. summarische Uebersichten.

Die Todesfälle werden genau erläutert; die Todesursachen waren folgende: Trismus und Tetanus 2, Fract. cranii 2, Ueberfahrung mit schweren inneren Verletzungen 2, eitrige Periostitis der Tibia und Fibula 1 (vorher falsch behandelt, comatös aufgenommen, starb nach 11 Stunden), Carcinoma ovarii 1, Lungentuberkulose 1 (nach Genesung von seinem chirurgischen Leiden); ferner starben nach Ovariotomie 1, Herniotomie 1, an ungenannten secundären Erkrankungen nach Heilung des primären chirurgischen Leidens 2.

Die Zahl der Operationen ist 120 mit einer Mortalität von $1^2/_3$%. Die wichtigsten sind:

1) Amputatio femoris 1 geh., 2) Amput. ped. nach Syme 4 geh., 3) Amput. fem. transcondyl. 1 geh., 4) Exarticulatio fem. 1 wegen Chondrosarcom des Femur geh. — Nach der Entlassung an Metastasen in den Lungen gestorben. — 5) Resectio cubiti 9 geh. (Kinder von $2^1/_2$—12 Jahren), 6) Resectio genu 5, geh. 4, gestorben 1 an phthisis pulm., 7) Exstirpatio mammae 2 geh., 8) Herniotomien 2, 1 gestorben an Perforation des Darms, 9) Ligatura art. fem. 1 geh., 10) Lithotomia 2 geh., 11) Ovariotomia 1; ausgedehnte Adhäsionen, gestorben 44 Stunden nach der Operation.

Bei Behandlung der Harnröhrenstricturen empfiehlt Verf. dringend die langsame Erweiterung mit Bougies als immer erfolgreich, wenn sie mit der nöthigen Geduld ausgeführt wird.

Den Schluss bildet eine genaue Beschreibung der antiseptischen Behandlung von 2 compl. Fracturen, die in 78 resp. 47 Tagen heilten. **Rinne** (Berlin).

Guéniot. Grossesse et traumatisme, considérés dans leurs rapports mutuels.

(Bulletin de la société de chirurgie 1876. No. 6.)

G. widmet in 3 auf einander folgenden Sitzungen, obigem Gegenstande eine ausführliche casuistische und kritische Besprechung. Trotzdem die einschlägige Casuistik ca. 240 Fälle umfasse, seien die fraglichen Puncte noch sehr wenig aufgeklärt, da die einzelnen Fälle sich oft geradezu widersprechen.

Um sichere Resultate zu gewinnen, müsse man die Schwangerschaft und die chirurgischen Affectionen nicht als solche im Ganzen, sondern jeden der beiden Zustände in gewissen, ihnen ganz eigenthümlichen Elementen betrachten. Die Schwangerschaft erscheine bald als normale, bald begleitet von verschiedenen krankhaften Zuständen, die wohl zu unterscheiden seien. In ähnlicher Weise müsse man bei den chirurgischen Affectionen die Form, den Sitz, die Intensität, die begleitenden Phänomene etc. unterscheiden. Durch diese genaue Unterscheidung seien schon manche Fälle mehr beleuchtet worden, während sich andererseits die Unwichtigkeit gewisser Momente herausstellte (so der Einfluss des Wundschmerzes, der moralischen Erregung auf die Schwangerschaft etc.).

Indem wir rücksichtlich der Details der Erörterungen über diesen Gegenstand auf das Original verweisen, geben wir hier die Schlussfolgerungen, zu welchen G. endlich gelangt, und das Wesentlichste aus der sich hieran knüpfenden Discussion. Erstere sind folgende:

Die Schädlichkeit und die Unschädlichkeit von chirurgischen Affectionen gegenüber der Schwangerschaft ist keinem absoluten Gesetze unterworfen.

Je nachdem die Reizbarkeit des Uterus gering oder hochgradig, das Ei gesund oder krank, die Frau selbst frei, oder nicht frei ist von gewissen krankhaften Zuständen, sind die Folgen von chirurgischen Eingriffen rücksichtlich der Schwangerschaft völlig verschieden. Diese Verschiedenheit der Folgen tritt auch, wiewohl in geringerem Grade, zu Tage, je nachdem die chirurgische Affection den Genitalbezirk direct betrifft, von einer heftigen Blutung begleitet ist, sich secundär mit einer entzündlichen Affection complicirt oder nicht.

Es geht demnach hieraus hervor, dass chirurgische Affectionen welcher Art, ja, bis zu einem gewissen Puncte, selbst welcher Intensität sie auch seien, bei ganz gesunden Schwangeren im Allgemeinen ohne schädlichen Einfluss auf die Schwangerschaft sind. Diese Regel hat aber folgende 3 Ausnahmen:

a) Wenn das Trauma eine Stelle des Genitalbezirkes betrifft (den Vulvo-Vaginalcanal, oder die Ano-Perineal-Gegend), dann stört es nicht selten den Gang der Schwangerschaft, und zwar scheint dieser schädliche Einfluss viel mehr in Beziehung zu stehen mit der Dauer oder der Wiederholung des chirurgischen Eingriffes, als mit dem Grade seiner Intensität.

b) Ebenso wird, gleichviel, wo immer der chirurgische Eingriff Statt habe, wenn innerhalb einer sehr kurzen Zeit eine starke Hämorrhagie eintritt, die Schwangerschaft und selbst das Leben der Frau mehr oder weniger gefährdet.

c) Wenn eine traumatische Affection secundär durch eine entzündliche Complication schwerer gemacht wird (durch Erysipel, Phlegmone, Lymphangoitis etc.), so kann auch hierdurch die Unterbrechung der Schwangerschaft veranlasst werden.

Ist die Schwangerschaft mit einem pathologischen Zustande complicirt (abnorme Irritabilität des Uterus, Krankheit oder abnormes Volumen des Eies, Albuminurie u. a. dgl.), so verursacht ein chirurgischer Eingriff (traumatische Affection), so gering er sei, und wo er immer Statt habe, meistens die vorzeitige Ausstossung der Frucht. Hierbei spielt die chirurgische Affection nur die Rolle einer Gelegenheitsursache.

Es empfiehlt sich jedoch, mit Rücksicht auf die grosse Schwierigkeit, zuweilen Unmöglichkeit, gewisse unter diesen krankhaften Zuständen zu diagnosticiren (die abnorme Reizbarkeit des Uterus, Krankheiten des Eies u. a. m.), sehr vorsichtig zu sein in der Ausübung von chirurgischen Operationen während der Schwangerschaft. Wenn der chirurgische Eingriff nothwendiger Weise die Genitalsphäre betreffen muss, so macht die vorhandene Schwangerschaft, dringende Fälle ausgenommen, eine formelle Gegenanzeige für die Operation.

Endlich ist es in forensischen Fällen, um den Antheil des Einflusses wohl zu würdigen, welcher in gewissen Fällen von Abortus auf Rechnung von etwaigen verbrecherischen Gewaltacten zu setzen sei, unumgänglich nöthig, den Zustand der verschiedenen Theile des Eies im Momente ihrer Ausstossung zu kennen.

In der sich hieran knüpfenden Discussion bemerkt zuerst Blot, er vermöge aus dem bisher vorliegenden Materiale nur den Schluss zu ziehen, dass man schwangere Frauen nur operiren solle, wenn eine dringende Nothwendigkeit dazu vorliege. Bezüglich der 2. Frage, nämlich den Einfluss der Schwangerschaft auf chirurgische Affectionen betreffend, seien zu einem erfolgreichen Studium derselben sichergestellte Erfahrungen und Experimente an Thieren nothwendig. Aus der diesbezüglichen Casuistik, die ihm zu Gebote stehe, glaube er schliessen zu können, dass die Consolidirung von Fracturen durch die Schwangerschaft etwas verzögert werde; wiewohl er hinwiederum Fälle gesehen habe, wo sie ohne jeden ersichtlichen Einfluss blieb. Auch scheint ihm nach Exstirpation der Mamma wegen Krebs das Recidiv bei gleichzeitig vorhandener Schwangerschaft rascher einzutreten. — Der Uterus-Irritabilität soll keine zu grosse Bedeutung zugemessen werden.

Verneuil will, bis in dieser Sache genauere Kenntnisse erworben worden sind, den Grundsatz befürworten, schwangere Frauen als ein »Noli me tangere« zu betrachten. Bezüglich der 2. Frage (Ein-

fluss der Gravidität auf chirurgische Affectionen) seien unsere Kenntnisse auch nicht weiter vorgeschritten, als in der ersten; doch meint V., an schwangeren Frauen eine ausgesprochene Neigung zur Eiterung beobachtet zu haben (tendance pyogénique). Die einfachsten Verletzungen geben bei ihnen Anlass zu ausgedehnten Phlegmonen. Wie das Blut bei ihnen beschaffen sei, darüber wisse man Nichts. Man habe weiter behauptet, dass während der Schwangerschaft der Wiederersatz von Gewebe mangelhaft sei; jedoch könne man beobachten, dass z. B. ein lange stationär gewesener Tumor plötzlich rasch zu wachsen anfängt, wenn die Trägerin desselben schwanger geworden ist. **Fr. Steiner** (Wien).

---

v. Ewetzky. Zur Cylindromfrage.

(Virch. Arch. LXIX. p. 36.)

Verf. hatte Gelegenheit drei Cylindrome zu untersuchen — zwei Recidive einer Geschwulst der Submaxillargegend eines 35jährigen Mannes und eine Geschwulst der Orbita von einem 20jährigen Mädchen. Mit Hülfe dieser eigenen Beobachtungen und der bisherigen Veröffentlichungen über Cylindrome sucht Verf. die Stellung dieser Tumoren im onkologischen System zu ordnen. Nach ihm sind die Cylindrome wesentlich differenten Ursprungs, bilden aber theils durch Combination mit einander, theils durch gleiche Secundärveränderungen eine äusserlich sehr ähnliche Geschwulstgruppe.

Bei einer Gruppe dieser Tumoren, charakterisirt durch die Anwesenheit einer grossen Zahl theils gewundener, theils geradlinig verlaufender, mit einander anastomosirender Zellencylinder und Kolben, deren Anordnung einem Lymphgefässnetze sehr ähnlich sieht, handelt es sich um Wucherungen der in den Saftcanälchen liegenden Zellen. Verf. nennt sie plexiforme Sarcome. Diese Geschwülste können nach zwei Richtungen Degeneration eingehen: theils können die Zellen der Stränge colloid entarten, aufquellen, zusammenfliessen, und so einen exquisit alveolären Bau des Tumors bedingen; oder das bindegewebige Stroma der Geschwulst degenerirt hyalin.

Die zweite Gruppe zeigt die den Cylindromen so eigenthümlichen hyalinen Cylinder, die mit einander anastomosirend ein Netzwerk bilden, dessen Balken gestielte Kolben und Kugeln aufsitzen. Es sind Tumoren, die pathologischer Gefässneubildung mit gleichzeitiger hyaliner Metamorphose der Gefässscheiden ihren Ursprung verdanken: Angioma mucosum proliferum (Birch-Hirschfeld). Diese beiden sind die reinen Formen der Cylindrome.

Eine zweite »gemischte« Form entsteht durch Combination der Sarcome mit den Angiomen (plexiforme Angiosarcome) und durch Combinationen der Angioma muc. prolif. mit anderen Neubildungen.

Madelung (Bonn).

Le Fort. Des paralysies avec atrophie aiguë de quelques groupes de muscles dans certaines affections articulaires et en particulier dans l'hydarthrose.

(Bulletin de la société de chirurgie 1876. No. 3.)

Verf. giebt ein Resumé über seine Erfahrungen hinsichtlich der Behandlung jener Muskellähmungen mit folgender Atrophie, welche als Folge einer grossen Zahl von Erkrankungen der Gelenke oder deren Umgebung gelegentlich aufzutreten pflegen. Er betont, dass man, um in der Behandlung dieser Zustände günstige Erfolge zu erzielen, die Faradisation mit dem constanten Strome combinirt anwenden müsse. Le F. beobachtete bei einem jungen Mädchen, welches er wegen einer Hydarthrose des Kniegelenkes mit Erfolg behandelt hatte, einige Monate später Lähmung und Atrophie der Oberschenkelmuskeln der krank gewesenen Seite; der M. triceps hatte seine Contractilität völlig eingebüsst, und Pat. konnte kaum gehen. Die 2 Mal wöchentlich geübte Faradisation, und die Anwendung des continuirlichen Stromes während der Nacht (mit 4 Elementen) bewirkten in einigen Wochen die Heilung. Le F. hat von dieser combinirten Anwendung beider Ströme (er nennt sie »Ernährungsströme«), insbesondere bei Lähmungen nach Hydarthrosen, sehr gute Erfolge gesehen.

In manchen Fällen von Schultercontusionen werde die folgende Atrophie des M. deltoides auf die Contusion des N. circumflexus geschoben, was gewiss oft richtig sei. Man könne aber auch bei einer Contusion und dadurch veranlassten leichten Entzündung des Ellbogengelenkes dieselbe Atrophie des M. deltoides sehen. Derartige Fälle hätte man dann oft für Luxationen des Schultergelenkes gehalten. Auch in diesen Fällen seien die erwähnten »Ernährungsströme« von sehr guter Wirkung.

Ebenso, bemerkt Le F. weiter, pflege man die Fälle von Atrophie der Oberarmmuskulatur nach Luxation im Schultergelenke, stets auf Rechnung einer Contusion des Plex. brachial. zu schieben. So richtig dies in manchen Fällen sei, so könne dies doch keine Geltung haben dort, wo überhaupt keine Luxation vorhergegangen war. Hier sei es die traumatische Arthritis des Schultergelenkes, welche die Muskelatrophie bedinge. Vor Allem aber begleite die Muskelatrophie die Fälle von Hydarthrose; erstere komme hierbei nicht etwa auf Rechnung der dauernden Ruhe und Unthätigkeit des Gliedes, denn zuweilen könne man schon am 5.—10. Tage die zunehmende Schwäche des M. triceps, welcher bald auch Volumsabnahme folge, constatiren. Es handle sich vielmehr in diesen Fällen um eine acute Atrophie. Durch Experimente, welche Valtat angestellt hat, werde dies bestätigt (Injection von leichtreizenden Flüssigkeiten in's Gelenk, um einen mässigen Grad von Entzündung anzuregen, worauf sich schon nach einigen Tagen die beginnende Atrophie der benachbarten Muskeln zeigt).

Die Ausführungen Le F.'s bestätigt Verneuil als richtig, durch Mittheilung seiner eigenen, gleichartigen Erfahrungen.

Fr. Steiner (Wien).

J. Wilden. A comparison of the value of the therapeutical agents employed in the treatment of constitutional secundary syphilis.

(Birmingham med. review 1877. Jan. p. 50.)

Verf., früher eifriger Antimerkurialist, betrachtet als das Hauptsymptom der secundären Syphilis neben Exanthemen, Schleimhautpapeln, Condylomen, defluvium capillorum, Augen- und Nagelerkrankungen, eine der Leukocythämie nahestehende Veränderung des Blutes, die er aus der die Secundärsyphilis begleitenden Lymphdrüsenhyperplasie herleitet. Als die Hauptaufgabe der antisyphilitischen Therapie betrachtet er die Ausfindigmachung eines Antidots gegen das syphilitische Virus, die Anwendung aller Mittel, die die Excretion des in das Blut eingedrungenen Giftes unterstützen und endlich die Verbesserung der durch dasselbe verschlechterten Constitution durch Tonica und diätetische Massregeln.

Verf. behandelte zunächst 15 leichte Fälle von secundärer Lues mit Dampfbädern, Eisen, Chinin und guter Kost. Sämmtliche 15 Fälle, von denen 3 in extenso mitgetheilt werden, verschlimmerten sich oder kamen wenigstens nicht zur Heilung, heilten aber mit grosser Schnelligkeit, als schliesslich, zum Theil nach 3—4monatlicher indifferenter Behandlung, zur Mercurialcur geschritten wurde. Jodkali, welches in einigen von diesen 15 Fällen neben den Dampfbädern gegeben wurde, hatte nur einen ganz vorübergehenden oder gar keinen Erfolg.

10 Fälle wurden mit Quecksilber innerlich behandelt; die durchschnittliche Behandlungsdauer bis zur völligen Heilung betrug 15 Monate. Die Resultate waren sehr befriedigend; nur 3 Pat. mussten später nochmals eine Quecksilbercur durchmachen. Sehr störend aber waren die Einwirkungen der Cur auf die Verdauung, besonders in den Fällen, wo Verf. Eisen nebenbei zu geben versuchte.

10 Fälle machten eine Inunctionscur durch; 4 davon wurden schnell und vollkommen geheilt; 3 bekamen so rapide und profuse Salivation, dass die Cur ausgesetzt werden musste, 3 verweigerten die Behandlung wegen der Unbequemlichkeit und Unreinlichkeit der Cur. Auch von diesen 10 hatten zwei an profusen Durchfällen zu leiden.

10 Fälle endlich, ebenso wie diejenigen von den bis jetzt erwähnten Fällen, die durch die andern Methoden nicht geheilt wurden, wurden mit feuchten Quecksilberdämpfen behandelt. Keine Salivation, keine Störung von Seiten der Digestionsorgane; in Folge dessen wandte Verf. Eisenpräparate an und verordnete gute Diät. Bei allen Pat. Zunahme des Gewichts, fast keine Recidive. Durchschnittsdauer der Behandlung bis zur definitiven Heilung 11 Monate.

Die feuchten Quecksilberdampfbäder wurden so hergestellt, dass unter einen Rohrstuhl ein Gefäss mit kochendem Wasser und eine Platte mit dem betreffenden Quecksilberpräparate (gewöhnlich 4,0 Hydrargyr. bisulf. rubr. oder 6,0 Hydrargyr. oxydul. nigr.) an Drähten aufgehängt werden. Beide werden mit Spirituslampen erhitzt, der Pat. auf den Stuhl gesetzt, mit Decken umpackt und so 20—30 Minuten lang sitzen gelassen. Bei Affectionen im Mund und Rachen müssen die entstehenden Dämpfe ausserdem eingeathmet werden. Diese Bäder werden fortgesetzt, bis das Zahnfleisch eben anfängt, sich aufzulockern, auf welchem Stadium das Zahnfleisch bis zur Beendigung der Cur erhalten werden muss.

Verf. erklärt die letztere Behandlungsmethode der secundären Syphilis für die beste und rationellste, namentlich in Verbindung mit der Darreichung von Eisenpräparaten. **H. Wildt** (Berlin).

N. Birjakow. Die Augenkrankheiten bei den Truppen des Kiewer Militärbezirks.

Inaug.-Diss. Kiew. 1876. (Russisch.)

Nach kurzem historischem Referate der Epidemien von Augenkrankheiten in Russland, beschreibt Verf., auf Grundlage genau erhobener Data, die Augenerkrankungen der Kiewer Truppen vom Jahre 1864—1874, wobei sich ergiebt, dass auf 1000 gesunde Militärs 34,75 — dagegen auf 1000 Kranke 81,94 Augenkranke kamen. — Als Hauptursache beschuldigt Verf. die hygienisch ungenügend eingerichteten Kasernen, und schlägt zur radicalen Abhülfe das Ausquartieren des Militärs auf's Land vor. Ueberhaupt glaubt Verf. folgende Massregeln durchaus geboten zur Vorbeugung und Beschränkung der Augenkrankheiten beim Militär: 1) Neubau der Kasernen in Form kleiner Häuser mit Zimmern für je 10—12 Soldaten, in gesunder Gegend, in der Nähe fliessenden Wassers etc; 2) zeitgemässe hygienische Einrichtung und Ventilation dieser Räumlichkeiten; 3) die Erfüllung hygienischer Massregeln in Betreff jedes Einzelnen der Bewohner; 4) strenge tägliche Inspection der Räumlichkeiten sowie der Bewohner, 5) Verminderung des Wachdienstes, erst 4 Tage nach der letzten Ablösung; 6) sofortige Absonderung der Augenkranken von den Gesunden, und 7) Verbot in den Militärdienst Leute mit Trachom aufzunehmen. **W. Grube** (Charkow).

Abel. Beitrag zur Operation der Ohrpolypen.

(Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XII. Hft. 2.)

Verf. empfiehlt zur Entfernung namentlich dicker und derber Polypen das von Waldau zur Auslöffelung des Staares angegebene Instrument. Diesen flachen, eiförmigen, gestielten Löffel lässt A. am freien Rande schärfen. Durch eine kräftige Drehung um seine Längsaxe wird der Polyp mit dem angegebenen Löffel leicht getrennt,

während die abgerundeten Knoten, sowie die Flächen des Instrumentes die Nachbartheile namentlich das Trommelfell schützen.

Die Methode ist leicht und bietet auch da Aussicht auf Erfolg, wo die Wilde'sche Schlinge im Stiche lässt. —

Th. Kölliker (Würzburg).

Verneuil. Adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx. — Operation. — Amélioration.

(Bulletin de la société de chirurgie 1876. No. 4.)

V. fand bei einer 23jährigen früher syphilitischen Frau folgenden Status: die ganze vordere Fläche des Gaumensegels mit unregelmässigen Narben durchfurcht; die Mandeln fast ganz zerstört; die vorderen und hinteren Gaumenbögen nahezu völlig verschmolzen. Die Annäherung der hinteren Gaumenbögen und die Verlöthung ihrer inneren Ränder unterbrechen anscheinend jede Communication zwischen den oberen und unteren Theilen des Pharynx. Das fast horizontal gestellte, in die Quere gespannte Gaumensegel hat viel von seiner Beweglichkeit eingebüsst; das Zäpfchen steht vertical vor den Gaumenbögen; dahinter und etwas nach links findet man mit der gekrümmten Sonde eine kleine Oeffnung, die in die obere Partie des Pharynx führt, und ca. 2—3 Mm. im Durchmesser hat. Mit Ausnahme dieser Stelle ist der Anschluss an die hintere Rachenwand ein completer.

V. betont die Schwierigkeiten von operativen Eingriffen an dieser Stelle und beschreibt dann sein Verfahren in diesem Falle.

Nach verschiedenen misslungenen Versuchen — theilweise bedingt durch die ausserordentliche Ungelehrigkeit der Pat. — gelang es ihm eine Communication zwischen oberer und unterer Partie des Pharynx in der Weise herzustellen, dass er in die obengenannte kleine Oeffnung im Gaumensegel eine gekrümmte Sonde einführte und auf ihr nach beiden Seiten hin durch kleine Incisionen, endlich, in stumpfer Weise, mit den gekrümmten Zeigefingern beider Hände, die Loslösung der Verwachsungen bewerkstelligte. Um diese Communication zu erhalten, mussten Fremdkörper eingelegt werden. V. ersann sich folgende Vorrichtung: er verband 5 Drainröhrenstücke in Form eines H; die beiden äusseren je ca. 25 Ctm. lang, die 3 mediangelagerten ca. 3 Ctm. lang. Die Vorrichtung vom Munde aus in den Rachen gebracht, erklärt sich in ihrer weiteren Anwendung von selbst. — Der Erfolg war leider nur ein unvollkommener. Das Schlingen war sehr erschwert und die Salivation störend. Dazu kam ein Recidiv des specifischen Leidens. Es zeigten sich nämlich am ca. 10. Tage post operat. am losgelösten Rande des Gaumensegels Ulcerationen, die sich rasch vergrösserten. Am 24. Tage ward der Apparat aus dem Rachen entfernt; darauf bedeutende locale Besserung. Die künstlich hergestellte Communication im Pharynx verkleinerte sich jetzt wieder zusehends. Um dies möglichst zu verhindern, liess V.

folgende Vorrichtung construiren: an einem dicken elastischen Katheter wurde ein kleiner cylindrischer Kautschuksack befestigt, der mit einer gleichartigen Röhre verbunden war, durch welche der Kautschuksack von aussen aufgeblasen werden konnte. Mittelst des Katheters ward nun der Kautschuksack in leerem Zustande in den Rachen gebracht, und dann so weit, als Pat. es ertragen konnte, aufgeblasen. Dies wurde 3 Mal täglich gemacht. — Pat. wurde nun auf's Land geschickt; als sie von dort nach längerer Zeit zurückkam, war die künstlich gemachte Erweiterung bedeutend verkleinert, da Pat. im Einlegen der Vorrichtung sehr lässig gewesen war. V. nahm sie wieder in Behandlung und das schliessliche Resultat war folgendes: Im Rachen ist Alles geheilt; die Einführung von Instrumenten schmerzlos; die Communicationsöffnung im Rachen 12 Mm. breit, und 5—6 Mm. von vorn nach hinten; die Ränder rigid. Das Allgemeinbefinden der Frau jetzt blühend; die Unannehmlichkeiten des Pharynxverschlusses fast ganz verschwunden. Das Schneuzen ist wieder möglich; die Sprache hat nur einen schwachen nasalen Beiklang. Ueberhaupt ist der therapeutische Effect im Verhältniss zu dem operativen ein sehr günstiger.

Lucas-Championnière kennt 3 ähnliche Fälle (von Richet, Hopp und von C. selbst). Im ersteren misslang die versuchte Eröffnung des Verschlusses, Hopp erreichte einen relativen Erfolg; Championnière's Fall ist folgender:

Ein 19jähriges Mädchen, das seit frühester Jugend an Halsschmerzen gelitten, konnte schliesslich nicht mehr durch die Nase athmen. Geruch und Gehör sehr geschwächt, Stimme näselnd; das Gaumensegel war nämlich complet mit der hinteren Pharynxwand verwachsen. Ein erster Operationsversuch misslang: ein zweites Mal war das Resultat besser. C. spaltete nämlich das Gaumensegel in der Medianlinie, und durchtrennte nun nach beiden Seiten hin die Verwachsungen; hierauf schloss er die mediane Spalte wieder durch eine Naht, und legte 2 breite Kautschukstreifen ein (durch Nase und Mund). Letztere war Ch. genöthigt, im vorderen Antheile durch einen Faden zu ersetzen (um den Schluss der Zähne zu ermöglichen). — Die Heilung ging rasch von Statten. 3 Wochen später ersetzte Ch. die Kautschukstreifen durch eine kleine silberne Röhre, die mittelst eines Goldfadens an den Zähnen befestigt ward. Diesen Apparat trägt Patientin immer fort. Vermöge desselben ist Geruch und Gehör wieder gut, sie spricht deutlich, und Ch. will nur noch einen leichteren Apparat construiren, der keiner Befestigung an den Zähnen bedarf. — Den Grund der Verwachsung im Pharynx sucht Ch. in diesem Falle in Scrophulose.

Verneuil u. A., welche sich an der Discussion betheiligen, sprechen für die stumpfe Lösung der Verwachsungen im Pharynx.

Fr. Steiner (Wien).

Voss. Tonsillenexstirpationen.

(Norsk Magazin for Laegevidenskaben Bd. VII. Hft. 2.)

Voss führte die Tonsillenexstirpation bei 347 Personen (164 männliche, 183 weibliche Individuen) aus und zwar

1) bei einfacher Hypertrophie beider Tonsillen an 28 Individuen.

2) Bei wiederholten Entzündungen der Fauces (101 Individuen).

3) Bei Rachendiphtheritis 1 Mal, wobei die Wundfläche diphtheritisch wurde, jedoch Genesung eintrat.

4) Bei Syphilis 1 Mal, wobei es sich um hypertrophische und ulcerirende Tonsillen handelte.

5) Bei chronischer Pharyngitis, bei einigen verbunden mit Ozaena oder Laryngitis.

6) Bei Coryza und Ozaena in Verbindung mit schnarchendem Athmen während des Schlafes.

7) Bei Schwerhörigkeit (Katarrh, Otorrhoe).

8) Bei Lymphdrüsenschwellung am Halse, in der Annahme, dass wegen der Aehnlichkeit im histologischen Bau jener und der Tonsillen(-follikel) vielleicht ein Causalverhältniss obwalte.

9) Bei Husten, intermittirendem wie chronischem, sei er laryngealen, trachealen oder bronchialen Ursprungs.

10) Bei Asthma.

11) Bei Phthisis und phthisischer Anlage. V. sagt: »Phthisische Abstammung ist ein Moment, worauf ich Gewicht gelegt habe, wenn zugleich Tonsillenhypertrophie die Amputation indicirte, mehr noch aber, wenn mit dieser Hypertrophie wiederholte Entzündungen oder Husten von längerer Dauer verbunden war. Denn es musste befürchtet werden, wenn in der Familie die Disposition zur Schwindsucht angenommen werden konnte, dass eine wiederholte Entzündung der Tonsillen Ausgangspunct einer Affection werden könne, welche sich abwärts auf die Schleimhaut der Luftwege fortpflanze; jedenfalls geben hypertrophische Tonsillen einen wahrscheinlicheren Ausgangspunct ab, als irgend ein anderer Theil des Rachens.«

(Das eigentlich Gefährliche, worauf noch wenig aufmerksam gemacht wurde, dürften aber doch nur verkäsende Entzündungsherde in den Tonsillen sein, denen die gleiche Bedeutung beizumessen wäre wie Käseherden in Lymphdrüsen. Ref.)

12) Bei Schwächezuständen. Hier wurde die Amputation vorgenommen, weil die Tonsillarhypertrophie als ein Hinderniss für leichte Respiration angesehen werden musste.

13) Bei chronischer Cephalaea. Bei den 6 Fällen dieser Art waren die Tonsillen übermässig hypertrophisch und war die Athmung etwas beengt. In 2 Fällen stellte sich bald darauf vollständige Genesung ein, 2 wurden gebessert, 2 blieben sich gleich. Die bei der Tonsillotomie zuweilen vorkommenden starken Blutungen lässt V. stets der Art. tonsillaris entstammen und nie der Art. carotis interna,

deren Laesion nur vorgetäuscht werde durch die im ersten Augenblick oft mächtige Blutmenge. So kann er auch nicht einsehen, dass eine solche Hämorrhagie sollte zum Tode führen können. Höllenstein in Substanz, Eisenchloridlösung, Druck auf die Wunde mit Gegendruck von Aussen her liessen bei profuseren Blutungen nie im Stiche. Zur Ausführung der Operation bediente sich V. des Lüer'schen (anfangs auch des Fahnenstock'schen) Tonsillotoms von einer Grösse, dass es für Kinder und Erwachsene passte.

Die Amputation der Uvula wurde bei 38 Personen vorgenommen. Die Blutung stillte V. stets mit Lapis, weil er die Erfahrung gemacht hatte, dass auf Kaltwassergurgelung sehr oft später Nachblutung eingetreten war. Auch verwirft er hier die Eisenchloridlösung als Hämostaticum, weil sie zur Wirksamkeit eines Druckes bedürfe. Unter dem Brandschorf des Lapis, welcher auch bei spritzenden Gefässchen nie versagte, zog sich die Wundfläche zusammen und granulirte gut. —

Sänger (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

J. Grossmann. Beitrag zur Diagnostik der Geschwülste.

(Pester med. chirurg. Presse 1877. No. 21. p. 350.)

G. bespricht die Diagnose der Venengeschwülste und theilt einen einschlägigen Fall mit.

Ein 71 Jahr alter Pfründner bemerkte vor 12 Jahren an der Innenfläche des linken Oberschenkels eine haselnussgrosse, schmerzlose Geschwulst, welche ohne besondere Zwischenfälle zur Grösse einer Faust wuchs, welche nach unten in einen harten, verschiebbaren Strang auslief. Die Diagnose wurde auf »Sarcom« gestellt. Es zeigte sich, dass man es mit einer »Venectasie« zu thun habe. Die Intima und Adventitia waren hypertrophirt. **Leisrink** (Hamburg).

Browicz. Riesenzellen in Syphilomen.

(Centralbl. für die med. Wissensch. 1877. No. 19.)

Verf. kann die Angabe von Baumgarten über das Vorkommen von Riesenzellen in Syphilomen bestätigen, indem er dieselben nachwies in Gummiknoten der vorderen Wand der rechten Herzvorkammer bei einer 40jährigen Frau und ferner bei einer ähnlichen Geschwulst, welche sich im Larynx eines 45jährigen syphilitischen Frauenzimmers befand. In einem primären syphilitischen Geschwüre des oberen Augenlides einer dritten Person suchte er vergeblich nach Riesenzellen.

A. Bidder (Mannheim).

A. Giovanni. Idiozia con perdita considerevole di sostanza ossea del cranio.

(Giornale della R. Accademia di Medicina Torino 1877. No. 9.)

Ein 9jähriger Knabe wurde in's Irrenhaus aufgenommen wegen Idiotismus und epileptischer Anfälle. Derselbe war im Alter von 2 Jahren gefallen und hatte sich an der rechten Schläfengegend verletzt. Näheres über die Art der Verletzung und den Verlauf ist nicht bekannt. Gegenwärtig ist an der betreffenden Stelle ein Knochendefect von 6—8 □Ctm.; unter der Haut sieht man deutlich das Hirn pulsiren. Wenn der Kranke geht, ist die betreffende Stelle tief eingesunken; wenn er sitzt und wach ist, ebenfalls, doch in etwas geringerem Grade; wenn er aber schläft, so wird aus der Grube eine Hervorwölbung, welche der übri-

gen Schädelrundung entspricht. Während der Krampfanfälle und während des darauffolgenden Sopors ist die Stelle hervorgewölbt und hart. Verf. kennt sehr wohl die jetzigen Anschauungen, wonach das Hirn während des Schlafes in einem Zustande von Anämie sich befinden soll; doch eben wegen des scheinbaren Widerspruches gegen diese Ansicht hat er diesen Fall mitgetheilt.

Menzel (Triest).

Panas. Odontôme odontoplastique fibreux.

(Bulletin de la société de chirurgie 1876. No. 5.)

Ein 17jähriges Mädchen stellte sich P. mit einer Geschwulst an der linken Unterkieferhälfte vor, die sie seit ihrem 7. Lebensjahre trug. Der Tumor, erst langsam wachsend, hatte seit den letzten 2 Jahren so rapid an Ausdehnung gewonnen, dass Pat. den Mund nicht mehr öffnen und nur flüssige Nahrung mit dem Löffel zu sich nehmen konnte. —

Der jetzt orangengrosse Tumor ist mit dem Unterkiefer innig verschmolzen, und nimmt die linke Wangen- und die untere Hälfte der Schläfengegend ein, reicht unter den Jochbogen, der stark nach aussen verdrängt ist. Der ergriffene Kieferantheil erscheint um das Dreifache verdickt; keine Schmerzen, keine Drüseninfiltration, doch sollen im Laufe der Zeit die Lymphdrüsen viermal an- und wieder abgeschwollen sein, entsprechend dem jeweiligen stärkeren Wachsthume der Geschwulst. Das Mädchen ist völlig gesund, die Dentition war normal, die Zähne sind sehr schön, bis auf die Stelle des Tumors, wo alle Mahlzähne fehlen, den 1. kleinen linken Backzahn ausgenommen; den 2. hat Pat. sich extrahiren lassen.

P. resecirte die linke Unterkieferhälfte in folgender Weise: halbkreisförmige Lappenbildung: Beginn des Schnittes am linken Nasenflügel, einige Linien von der Lippencommissur entfernt weitergeführt bis an den untern Kieferrand, diesem entlang endlich aufsteigend bis nahe an das Ohrläppchen heran. Ablösung des Lappens sammt Periost. Durchsägung des Knochens aussen vom ersten linken Backzahn; Ausdrehung der Unterkieferhälfte aus dem Gelenke nach Durchschneidung der Sehne des M. pterygoid. Da die Operation subperiostal gemacht war, so entstand auch keine Communication der Mundhöhle mit dem Operationsgebiete. 3 Metallnähte. Drainröhre in die Wundhöhle. Heilung ohne Zwischenfälle. Pat. konnte schliesslich ganz gut kauen. Eine Deformität, verursacht durch eine kleine Deviation des Kinnes nach links, wurde durch eine gut construirte Prothese ganz gehoben, welche sich an der fibrösen Spange, die sich an Stelle des resecirten Kieferstückes gebildet hatte, sehr gut appliciren liess.

P. schliesst hieran eine ausführliche Beschreibung der Geschwulst (mit Abbildung), aus der wir Folgendes hervorheben: bei Durchschneidung der äusserst derben, fibrösen Masse findet sich ein vollkommen ausgebildeter Mahlzahn gegen die Oberfläche des Tumors zu; ausser diesem ist kein Zahnrest da; der Tumor hat sich also auf Kosten des Follikels des 2. permanenten Backzahns entwickelt. Der ganze Unterkiefer ist durchzogen von einem weissgelblichen Gewebe, in welchem an vielen Stellen glänzende Kerne von Dentinsubstanz eingestreut waren. Der Tumor entstand also in der odontoplastischen Periode, als der 2. Backzahn die Dentinhülle anzusetzen begann.

P. ergeht sich sodann ausführlich über die Zahnentwicklung und bemerkt schliesslich, dass Odontome bisher stets von den Mahlzähnen, und zwar insbesondere von den grossen ausgehend gefunden wurden. Meist sei es der 2. Backzahn. Die Odontome seien häufiger am Unter- als am Oberkiefer, und hier häufiger rechts, als links (Broca).

Fr. Steiner (Wien).

A. Vittadini. Hypertrophie des Unterkiefers.

(Annali univ. di Medicina 1877. März.)

Ein kräftiges 20jähriges Mädchen litt einige Monate an Conjunctivitis catarrhalis, dann an hartnäckiger Adenitis submaxill. und nachdem diese gewichen war,

stellte sich eine allmälig zunehmende Verdickung des Unterkiefers ein mit Verunstaltung des Gesichtes. Das Weib starb im 26. Jahre in Folge einer Geburt. Der enucleirte Unterkiefer wog 263 Gm. also ungefähr das Doppelte des normalen Gewichtes. Auf dem Durchschnitt war der Knochen elfenbeinartig compact. Das Präparat wird im path. Museum zu Pavia aufbewahrt.

Menzel (Triest).

Gayet. Blepharoplastie après l'ablation totale des paupières. — Nouveau procédé pour la cure de l'entropion et du trichiasis.

(Bulletin de la société de chirurgie 1876. No. 3 u. 4.)

Ein 28jähriges Frauenzimmer trug seit 12 Jahren ein Knötchen am inneren Winkel des linken Auges, welches erst in jüngster Zeit, nach einer vorangegangenen Cauterisation, ein so rapides Wachsthum gewann, dass alsbald $^3/_4$ des oberen Lides, der innere Augenwinkel 5—6 Mm. weit gegen die Nase hin und die Hälfte des unteren Augenlides zerstört waren. Thränenwege und Orbita blieben intact. G. exstirpirte die Neubildung; in Folge dessen waren beide Augenlider neu zu bilden. Er entschied sich für einen Stirnlappen, wobei die Frage entstand: sollte die Augenbraue am Platze gelassen und der Lappen aus der darüber liegenden Haut genommen werden, oder sollte sie mit herabverlegt, und durch eine Nachoperation wieder an ihre Stelle gesetzt werden? In der Erwägung aber, dass die Augenbraue durch die Narbe verzogen werden könnte, entschied sich G. für das Letztere und bildete einen reichlich grossen, für beide Lider ausreichenden Stirnlappen, woran die Augenbraue den unteren Rand darstellte. Die Spalte für das Auge muss in diesem Lappen möglichst conform dem der anderen Seite geschnitten werden. Späterhin — bei dieser Kranken erst nach 2 Jahren, da sie erst kam, als sich in Folge von Thränenverhaltung eine förmliche Geschwulst am neuen Augenlide gebildet hatte — verlagerte G., indem er den viereckigen, angeheilten Lappen in 2 dreieckige Portionen theilte, das Stück mit der Augenbraue nach oben, und das andere nach abwärts.

Zur Behandlung des Entropiums und der Trichiasis empfiehlt G. nachfolgende Verfahren: ausgehend von dem Gedanken, dass die Hauptursache des Entropiums im Schwunde des Tarsusknorpels gelegen sei, bildete H. ein schmales Läppchen aus der Haut des Augenlides, mit der Basis gegen die Schläfe zu, und legte dasselbe in eine Spalte, welche er zuvor an der Innenseite des Tarsus, einige Mm. vom freien Rande desselben entfernt, gemacht hatte. Das Läppchen muss an seiner Basis etwas gedreht werden, und wird hier in eine, zu diesem Behufe gemachte verticale Incision am äusseren Augenwinkel hineingedrückt. Die Epidermisseite des Läppchens sieht gegen die Cornea, die blutige Fläche desselben wird in der Tarsusspalte mittelst einer etwas complicirten Naht befestigt.

2 Mal unter 4 Fällen hatte diese Methode guten Erfolg; in den beiden anderen Fällen wurde das Läppchen gangränös, daher G. rathen möchte, lieber 2 Läppchen, je halb so lang, von jedem Augenwinkel her zu nehmen.

In ähnlicher Weise operirte G. bei Trichiasis. **Fr. Steiner** (Wien).

C. Koeberlé. Rétroversion de la matrice irréductible. — Constipation opiniâtre suivie d'iléus. — Gastrotomie et ovariotomie dans le but de fixer la matrice d'une manière permanente à la paroi abdominale. — Guérison.

(Bulletin et mémoire de la société de chirurgie de Paris 1877. März.)

Eine 22jährige Gräfin litt seit mehreren Monaten an hochgradiger Verstopfung, die allen angewandten Mitteln Widerstand leistete, so dass sich nach und nach die Symptome eines Ileus zeigten. Ihr Leiden führte Pat. auf einen vor 1 Jahre erlittenen Sturz aus einem Wagen zurück. In der That bestand eine ausgeprägte Retroversion der Gebärmutter mit gleichzeitiger Verlagerung dieses Organes nach links. Der Uterus war in dieser Lage fixirt, nicht reponirbar und es war daher

die Annahme, die andauernde Stuhlverstopfung durch Druck des retrovertirten Uterus auf die Eingeweide zu erklären, gerechtfertigt.

Da alle Versuche, die bestehende Verstopfung zu beseitigen, vergeblich waren, Pat. aber in der Ernährung immer mehr herunterkam, so entschloss sich Verf. zu einem directen chirurgischen Eingriff. Er eröffnete deshalb die Bauchhöhle in der Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse in einer Ausdehnung von 12 Ctm. Darauf wurde versucht, mit zwei Fingern in das kleine Becken vorzudringen und hier fand sich dann der retrovertirte Uterus, der mittelst des Zeigefingers mit einiger Anstrengung aufgerichtet wurde. Die durch den retrovertirten Uterus zurückgehaltenen Kothmassen konnten jetzt in grosser Menge durch Drücken der unteren Theile des Dickdarms nach aussen befördert werden. Verf. ergriff darauf das linke, fast ganz gesunde Ovarium, führte dasselbe nach aussen und befestigte es hier durch einen das äussere Ende des linken Eileiters durchbohrenden Eisendraht. Es sollte dadurch der Uterus in der Nähe der vorderen Bauchwand fixirt erhalten werden. Abtragen des Ovariums, Betupfen des Stieles mit Liq. ferri sesquichl., Schluss der Bauchwunde mittelst zweier Zapfen und acht umschlungener Seidennähte. Die Heilung erfolgte innerhalb 24 Tagen und war Pat. schon vom ersten Tage nach der Operation im Stande, spontan Stuhl zu entleeren.

Verf. konnte sich von dem dauernden Erfolge dieser Operation überzeugen, als sich ihm Pat. 5 Jahre später wieder vorstellte und ausser hysterischen Beschwerden keine weiteren Klagen hatte. **Stahl** (Berlin).

G. Cotton. Death from a conceiled hemorrhage of the femoral artery.

(Phil. med. Times 1877. No. 238. Januar 6.)

Ein Farmer bekam am 8. Nov. 1876 mit einem scharfen, spitzen Taschenmesser einen Stich in das Bein, 8 Zoll unterhalb des lig. Poup. nahe der art. fem.; geringe Blutung. 3 Tage später erlitt die Wunde durch Erheben des Beines eine geringe Zerrung, worauf eine Schwellung folgte mit Frost, Fieber, trockner Zunge, Prostration. Man glaubte, es entwickle sich ein Abscess. Jedoch blieb dieser Zustand bis zum 11. Dec. 1876; da fühlte Pat., als er Nachmittags 3 Uhr zu Bett gehen wollte, als wenn etwas in seinem Bein »geplatzt« sei. Er sank zusammen, um 5 Uhr war er pulslos und starb Abends 11 Uhr. Zur Unterbindung war es, als der Arzt kam, zu spät. Die Section zeigte eine ruptura art. fem., und zwischen den Muskeln und Weichtheilen etwa $2^1/_2$ Liter geronnenes Blut, welches sich vom Knie bis 2" über das Lig. Poupartii erstreckte.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

J. Bell. Case of badly-united fracture of the femur treated by sawing across the bone with antiseptic precautions.

(Edinburg med. Journal 1877. März. p. 785.)

Bei einem 12jährigen Knaben war eine Fractur im oberen Drittel des Oberschenkels winklig, mit Auswärtsdrehung des Beines und Verkürzung desselben um 5 Zoll geheilt. Nur mit Unterstützung konnte Pat. sich mühsam fortbewegen.

Der nach 10 Monaten unternommene Versuch mittelst Handkraft und selbst mittelst Butcher's Osteoklast den Knochen an der Winkelstelle zu brechen, misslang. Unter antiseptischen Vorsichtsmassregeln machte B. mit einem kurzen kräftigen Messer einen Einschnitt bis auf's Periost an der winkligen Ossificationsstelle, führte eine feine Stichsäge ein und durchsägte den Knochen in seiner grössten Dicke; der Rest wurde durchgebrochen. Antiseptischer Verband, eine lange Seiten- und eine Vorderschiene, mit Anlegen eines Extensionsapparates (10 Pfd.) Ungestörter Verlauf; in der 9. Woche wird Pat. mit gering verkürztem geradem Beine, zur Zeit an einer Krücke gehend, entlassen. **Pils** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Berlin. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 29. **Sonnabend, den 21. Juli.** **1877.**

Azzio Caselli. Memorie chirurgiche e relazione quadriennale (1872—1875).

Turin, **Hermann Loescher** 1876.

Das vorliegende 337 Seiten starke Buch ist ein Bericht über die im Spital zu Reggio (Emilia) in den 4 Jahren 1872—1875 behandelten chirurgischen Kranken, die Augenkranken inbegriffen. Im Ganzen wurden während dieses Zeitraums 1720 Kranke behandelt, mit einer Mortalität von 6,52%. Der erste Abschnitt behandelt die Blasenscheidenfisteln. Mehre Krankengeschichten beweisen, dass selbst grosse Fisteln durch systematische Cauterisationen mit Ferrum candens (wöchentlich 1 mal) in nicht übermässig langer Zeit zur Heilung gebracht werden können. Eine Fistel, welche durch blutige Nath vereinigt wurde, starb an Peritonitis, welche jedoch nicht mit der Operation im Zusammenhang stand, sondern durch Berstung eines Graaf'schen Follikels in den Peritonealraum entstanden war. Mit Ausnahme dieses Falles sind alle übrigen geheilt, 4 durch Naht und 4 durch Ferrum candens.

In einem Falle von rechtsseitiger calculöser Hydronephrose, welcher unoperirt an Peritonitis starb, war die andere linke Niere vollkommen verödet. Drei Fälle von äusserer Urethrotomie wegen Fisteln und Stricturen verliefen günstig.

Von zwei Ovariotomien starb die eine an Collapsus, die zweite an Peritonitis.

Recht interessant sind 6 weitere Fälle von Laparotomie, von denen 4 wegen Darmocclusion vorgenommen wurden. Der Darmverschluss wurde einmal durch fibrinöses, peritoneales Exsudat bedingt, Enterotomie, Anlegung eines künstlichen Afters, Heilung — das zweite Mal durch Stenose des Ileums, Tod (Ursache unbekannt, Section nicht gestattet); das dritte Mal handelte es sich um eine ausgiebigere Spaltung des Leistencanales bei einer doppelten Inguinalhernie, wovon die eine Partie durch einen Ring des Omentum eingeklemmt wurde; das vierte Mal wurde durch den Bauchschnitt eine Intussusception des Darmes gelöst mit tödtlichem Ausgang (Peritonitis), das fünfte und sechste Mal wurde das Peritoneum eröffnet, um Neubildungen (Enchondrom und Sarcom) des Funiculus spermaticus, welche sich tief in die Beckenhöhle erstreckten, vollkommen exstirpiren zu können — beide mit Ausgang in Heilung. — An drei Fällen wird die Oberschenkelamputation mit Patellarlappen erläutert. C. legt ein Hauptgewicht auf die vollkommene Exstirpation der Synovialmembran und auf recht hohe Absägung des Femur (abweichend von Gritti), damit auch, nachdem sich der Quadriceps retrahirt hat, die Patella mit der Sägefläche des Femur in Contact bleibe. Die Kranken können dann ihr volles Körpergewicht auf der angeheilten Patella ruhen lassen. Einer von den Operirten war im Stande 20 Kilometer weit per Tag zu gehen, ohne den geringsten Nachtheil zu verspüren. —

Nach einer Unterschenkelamputation wurde die hervorragende nekrotische Fibula mittelst Salpetersäure, welche durch kleine Schwämmchen applicirt wurde, zur Lösung gebracht. — Ein Fall von Zungencarcinom wurde nach der Methode von Rizzoli (Durchsägung des Unterkieferkörpers zwischen 1. und 2. Schneidezahn) exstirpirt; ein zweiter Fall wurde nach einer eigenen Methode operirt, welche jedoch, da es sich um eine, wenn auch einseitige Eröffnung der Mundhöhle vom Unterkinndreieck aus handelt, als eine Modification der Regnoli'schen Methode angesehen werden muss.

Als ungemein selten verdient ein Fall eines grossen intrameningealen Hämatoms nähere Erwähnung. Der enorme Tumor sass auf dem Kopfe eines 9jährigen Mädchens und bestand angeblich seit zwei Jahren. Die Länge des Tumors war 34 Ctm., die Breite vorn 28, hinten 23 Ctm. Er erstreckte sich vom Hinterhauptbein bis über die Coronarsutur längs der Pfeilnath nach vorn. An den Seiten fühlte man den Knochen in Form dünner Plättchen erhoben. Die Haut darüber kahl, bläulichgelb, überaus gespannt. Die Geschwulst war fast gar nicht reponibel; überall Fluctuation, keine Geräusche.

Das Athmen hatte auf die Spannung keinen erkennbaren Einfluss. Die Intelligenz des Kindes war ganz ausgezeichnet. Bei der Section erwies sich die Geschwulst als ein enorm erweiterter Sinus longitudinalis. Derselbe erstreckte sich 1 Ctm. breit zwischen beiden Hemisphären bis zum Corpus callosum, und nach aussen (durch eine Lücke der Seitenwandbeine) in der früher erwähnten Ausdehnung. Ebenso war das Torcular Herophili um das Doppelte des Normalen erweitert. Unmittelbare Todesursache waren Hirnblutungen. C. vermuthet, dass die Geschwulst durch eine vielleicht angeborene Obliteration der beiden Venae jugulares zu Stande gekommen sei. Leider wurde ihm jede weitere Untersuchung durch die Angehörigen unmöglich gemacht.

Als Voract der Exstirpation eines ausgedehnten Carcinoms des Oberschenkels wurde von C. die Unterbindung der Femoralis profunda vorgenommen, zu welcher Unterbindung C. bestimmte Vorschriften ertheilt. Der Erfolg bezüglich der Blutung war ein recht auffälliger. — Die Bluttransfusion anlangend ist C. ein entschiedener Gegner des Gebrauches von defibrinirtem Blut. Verf. nahm zu seinen directen Transfusionen Lammblut, und zwar zweimal venöses (von der Jugularis des Lammes in die Cephalica des Menschen).

An einem Aneurysma der Femoralis im mittleren Drittel, an welchem vergeblich die Digitalcompression versucht worden war, wurde mit Erfolg eine eigene Methode, nämlich die der Axendrehung des Aneurysmas in Anwendung gezogen. C. bemerkte, dass, wenn er die übrigens leicht bewegliche Geschwulst um den vierten Theil eines Kreises um die Axe drehte, die Pulsation darin sofort verschwand. Durch zwei Holzkeile, welche mit Leinwand überzogen und in entgegengesetzter Richtung auf den Sack bandagirt wurden, während das Bein durch eine Halbrinne immobilisirt war, konnte er drei Tage hindurch die Axendrehung erhalten. Darauf war das Aneurysma mit Coagulis erfüllt.

Einem weitern Capitel entnehmen wir ferner die Transplantation von 22 Stücken Kaninchenhaut, von welchen 13 anheilten, sich vergrösserten und eine solide Narbe bildeten. Für das Gesicht und für den Hals zieht C. die Transplantation von Kaninchenhaut vor, da sie weniger entstellt.

Als Verbandmaterial verwendet Verf. Watte, Tüll mit Glycerin befeuchtet, und Gazebinden. Als Nähmaterial braucht C. Metallfäden, da sie weniger reizen und weniger einreissen, als vegetabilische Fäden. Zum Reinigen der Wunden wird eine alkoholische Lösung von Carbolsäure und bei recht übelriechendem Eiter eine Lösung von hypermangansaurem Kali benutzt.

Erysipele wurden 47 beobachtet. — Grössere Amputationen wurden 32 vorgenommen und zwar 4 des Oberarms, 3 des Vorderarms, 10 des Oberschenkels, 15 des Unterschenkels. Von diesen starben 5. Die Mortalität stellt sich somit auf 15,6%, gewiss ein sehr günstiges Resultat, namentlich in Anbetracht der verhältnissmässig grossen Zahl

der Oberschenkelamputationen. Grössere Enucleationen wurden 10 vorgenommen und zwar 3 im Schultergelenk, 1 im Hüftgelenk, 1 nach Syme, 1 nach Lisfranc, 1 metatarso-tarsea (auch Lisfranc?). Von diesen starben 2.

Als Anhang folgt die Beschreibung eines Apparates für die Stillung von Blutungen aus der Mundhöhle. Der Apparat ist zu complicirt, um ohne Zeichnung verständlich zu sein und wie Ref. glaubt, auch zu complicirt und von zu beschränkter Anwendung, um weitere Verbreitung zu finden. Ganz zum Schluss wird ein neues Tracheotom beschrieben, welches aus drei Branchen besteht, welche nach Einstich in die Trachea dilatirt werden. **Menzel** (Triest).

L. Noël. Contribution à l'histoire des anesthésiques.

(Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique Bd. X. No. 8.)

N. hat die Beobachtung gemacht, dass ein venöser Puls in der Jugularis interna und externa in jeder Chloroformnarkose sich einstellt. Bei der ersten einschlägigen Beobachtung glaubte N. einen Herzfehler vor sich zu haben, was indessen nicht der Fall war. Die Herztöne waren ganz rein und die weitere Beobachtung einer Reihe von 50 Chloroformnarkosen zeigte die Regelmässigkeit obiger Erscheinung. Selten beginnt der venöse Puls schon nach den ersten Chloroformeinathmungen, gewöhnlich erst wenn die Anästhesie völlig ausgesprochen ist. Vor dem Erwachen, bei der allmäligen Wiederkehr der Sensibilität und der Motilität prägt sich der venöse Puls am deutlichsten aus; die Pulsationen lassen sich bis in die Subclavia und selbst manchmal in die Facialis verfolgen. Jeder Pulsschlag besteht aus einer doppelten Schwingung, die grösste Füllung der Vene geht dem Radialpuls unmittelbar voran, die grösste Abflachung folgt ihm unmittelbar nach.

Diese Pulsationen sind nicht selten sehr bedeutend, dennoch geben sie dem Finger nur eine sehr schwache Empfindung. Centrale Compression der Vene, z. B. der v. jugularis externa hebt den Puls auf, peripherische Compression lässt ihn unverändert. Die ganze Erscheinung bleibt 10—15 Minuten in der Acme und nimmt dann allmälig ab, um nach einer halben Stunde gänzlich zu verschwinden.

Nur ausnahmsweise fehlen die Pulsationen in der vena jugul. interna, in der Hälfte der Fälle in der Jugularis externa. Geschlecht und Alter scheinen keinen Einfluss zu haben.

N. sucht diese Erscheinung durch den Umstand zu erklären, dass das rechte Herz und die beiden Ven. cavae besonders gegen Ende der Narkose mit Blut überfüllt sind, wie man es aus den in diesem Stadium so häufigen Ohnmachtsanfällen weiss; der rechte Vorhof kann sich dann in den rechten Ventrikel nicht vollständig entleeren und ein Theil des Blutes fliesst in die Hohlvenen zurück.

Girard (Bern).

Hebra. Ueber die Wirkung des Wassers auf die gesunde und kranke Haut.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 1 u. 2.)

Verf. tritt den vielverbreiteten Ansichten über Einwirkung des Wassers, auf die gesunde Haut entgegen, dass man nämlich durch Waschungen und Bäder im Allgemeinen einen gesundheitfördernden Act begehe, besonders dass ihr Gebrauch vor Krankheiten schütze und »abhärte«. Nur wenn keine besondre Reaction nach den Wassermanipulationen entstehe, will H. dieselben als Liebhaberei bestehen lassen. Häufig bildeten sie aber die nachweisbare Ursache lange bestehender Hautkrankheiten, die heute nicht mehr als erwünschte kritische Erscheinung betrachtet werden. Die reizenden Wirkungen des Wassers sucht H., wobei er sich auf die Thatsache stützt, dass warmes und kaltes Wasser, wenn die Temperatur innerhalb gewisser Grenzen bleibt, gleiche Erscheinungen hervorrufen, nicht in seinen Wärmegraden, sondern in seinen physikalischen Eigenschaften. Zunächst sind dabei die erweichende und macerirende Wirkung zu nennen, welche die Epidermis, die irritirende, welche die Cutis betrifft. — Contraindication für den Gebrauch des Wassers liegt demnach vor: bei subjectiver Empfindlichkeit der Individuen, bei mit acuter Schwellung und seröser Infiltration einherschreitenden Hautkrankheiten und bei chronischen Dermatosen, bei welchen die Hornschicht der Epidermis zerstört und tiefere, noch nicht erhärtete Lagen zu Tage treten. — Indicirt dagegen ist das Wasser, wenn wir von seinen macerirenden und irritirenden Eigenschaften Gebrauch machen wollen, z. B. um aufgelagerte Epidermismassen zu erweichen und zu entfernen, oder wenn wir den Luftzutritt abhalten wollen. — Hinsichtlich der bei Wassergebrauch zu wählenden Temperatur lässt H. das subjective Gefühl des Patienten entscheiden. — Interessant sind schliesslich die Bemerkungen über Dauer der Bäder, wobei Verf. seine bekannten Erfahrungen über protrahirte (9 Monate lang) warme Bäder kurz angiebt und einen demnächst erscheinenden ausführlichen Bericht hierüber, wenn auch aus anderer, als der eigenen Feder, verspricht. —

v. Mosengeil (Bonn).

Boettcher. Ein Beitrag zur Frage der Aetiologie von Diphteritis.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1877. Hft. 5.)

Im Lazareth zu Altona erkrankten bald nach einander 2 Insassen, welche unmittelbar neben der Eintrittsstelle je eines Ventilationsrohres lagen, an Rachendiphtherie, der Eine von ihnen mit 5tägigen, durch Fieber und Roscola charakterisirten Prodromalsymptomen. — Die genauere Untersuchung der zugeführten Ventilationsluft ergab einen bedeutenden Ueberschuss an CO_2, welcher stieg, sobald das Rohr geschlossen wurde und die Luft darin stagnirte. In dem Zimmer, welches mit solcher Rohrluft »ventilirt« wurde, stieg der

CO_2 Gehalt bis auf 2,13%! Wenn die CO_2 auch nicht direct als die Ursache der Diphtherie angesprochen werden kann, so weist ihre vermehrte Bildung im Ventilationsrohr doch auf das Vorhandensein noch anderer, vielleicht schädlicher Potenzen hin. — In dieser Beziehung verdient bemerkt zu werden, dass der gemeinsame Ventilationscanal, welcher unterirdisch den Hofraum bis zum Aspirationsthurm durchläuft, nicht cementirt und für Bodenfeuchtigkeit und Bodengase durchgängig war.

A. Hiller (Berlin).

Fronmüller. Acute Quecksilber-Vergiftung.

(Memorabilien 1877. Hft. 5. p. 193.)

Ein Beutler versuchte in Gemeinschaft mit 3 anderen Personen vor der Verarbeitung der zu Quecksilber-Versendungen benutzten hundsledernen Beutel den etwa noch zurückgebliebenen Inhalt durch wiederholtes kräftiges Ausdrücken zu gewinnen; aus 98 solcher Beutel erhielt er 250 Grm. Quecksilber. Schon am folgenden Tage boten die 4 Personen die Intoxications-Symptome des Quecksilbers dar. So begannen bei der 16jährigen Person die Halsdrüsen zu schwellen und Salivation sich einzustellen; nach 3 Tagen erschienen Wangen und Lippen ödematös geschwollen, die schmerzhaften Speichel- und Unterkieferdrüsen vergrössert, das geröthete Zahnfleisch mit grauem Randbelag; die intensiv geröthete Zunge war vergrössert; fötider Geruch aus dem Munde. Die Schleimhaut der Unterlippe und der inneren Wangenfläche zeigte ausgedehnte Verschwärungen, stellenweis bestand metallglänzende Trübung der Mundschleimhaut. Pilocarpin, Gargarismen und laue Bäder führten schnelle Heilung herbei. Mit Recht macht F. darauf aufmerksam, dass während Quecksilber-Arbeiter selten an Mercurialvergiftungen erkranken, der Grund der acuten und intensiven Intoxication in dem vorliegenden Falle darin zu suchen sei, dass die Leute bei dem Drücken und Wringen der Beutel das Metall in die Anfänge der Lymphbahnen hineingepresst haben, von wo dasselbe schnell durch die Circulationswege weiter geführt worden sei.

Pilz (Stettin).

Golding-Bird. On the treatment of scrofulous lymphatic glands by a painless electrolytic caustic.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 564 u. 605.)

Zur Entfernung geschwollener, zum Theil vereiterter Drüsen empfiehlt Verf. die electrolytische Methode als eine sichere, schonende und schmerzlose. Zur Ausführung derselben benutzt er zugespitzte Zinkstreifen von $1^1/_4''$ Länge und $^1/_3''$ Breite; dieselben werden durch den Schlitz einer Guttapercha- oder Korkplatte bis zur gewünschten Länge hindurchgeführt und in den Abscedirungscanal, der nöthigerweise durch ein Bistouri erweitert wird, möglichst tief eingeführt. Die am oberen Ende durchbohrten Zinkstreifen — bei mehr-

fachen Abscedirungen führt man in jeden Sinus einen solchen Zinkstreifen ein — werden mittelst eines Kupferdrahtes mit einer etwa Schilling grossen Silberplatte verbunden; diese wird an einer wunden oder durch ein Blasenpflaster wund gemachten Stelle applicirt und wie die Zinkstreifen durch Heftpflaster befestigt und durch ein angelegtes Verbandtuch in ihrer Lage gesichert. Nach 3—4 Tagen wird der kleine Apparat entfernt; unter dem Silber ist die Stelle trocken geworden und von alkalischer Reaction; in der Umgebung des Zinks ist die granulirende Fläche in Eiterung übergegangen, die Reaction des Secrets sauer. Abgestossene Gewebstheile haften dem Zink an oder sind leicht zu entfernen resp. durch Kataplasmen zur schnelleren Abstossung zu führen. Je nach dem erreichten Effecte ist der Apparat mehrfach neu anzulegen; die Metallflächen müssen stets blank gehalten werden. Aus den beigegebenen 8 Krankengeschichten erhellt, dass meist die Drüsen in toto schnell ausgestossen werden und dass mehrfach von den Kindern nur über ein leichtes Prickeln in der Gegend der Zinkstreifen geklagt wird. **Pilz** (Stettin).

M. Reich. Die Sehschärfe bei den Truppen des kaukasischen Militärbezirks.

(Sitzungsprotocolle der Kaukas. med. Gesellsch. 1876. Beilage 5. russ.)

An 265 Infanteristen und 46 Artilleristen ergaben Prüfungen über ihre Sehschärfe, angestellt unter freiem Himmel bei klarem Wetter und mit Schutz vor directem Sonnenlichte, folgende Resultate: bei 5,7 % der Untersuchten war die Sehschärfe unter der Norm ($V < 1$), bei 38,9 % gleich der Norm ($V = 1$) und bei 55,3 % über der Norm ($V > 1$). Die nähere Untersuchung der Letzteren ergab bei 70 % derselben $V = {}^{9}/_{6}$, bei 22 % $V = {}^{12}/_{6}$ und bei 7 % $V = {}^{9}/_{4}$; somit übertraf die Sehschärfe bei mehr als der Hälfte aller Untersuchten die angenommene Norm, was Verf. veranlasst, die bis jetzt geltende Norm als zu niedrig anzuerkennen. — Ausserdem erwies sich in der speciellen Schützenabtheilung der Compagnie die Sehschärfe geringer (40 % über die Norm) als in der ganzen untersuchten Compagnie (72,2 % über die Norm). — **W. Grube** (Charkow).

Leyden. Ueber Lungenabscess.

(Sammlung klin. Vorträge No. 114—115.)

Verf. stellt 3 Gruppen von Lungenabscessen auf, von denen 2 nur uneigentlich so zu nennen, aber aus differentiell-diagnostischen Gründen mit aufzuführen sind.

I. Abscesse, die nicht in der Lunge selbst entstehen, sondern aus den umliegenden Organen und Körperhöhlen in dieselbe einbrechen.

II. Chronische Lungenabscesse (Traube-Cotton). Auch diese Form passt nicht ganz unter den strengen Begriff des Abscesses.

Es handelt sich bei ihr »um ein chronisches, einfaches, d. h. weder tuberkulöses noch gangränöses Lungengeschwür, um eine mit Eiter gefüllte, ulcerirende Höhle, welche sich aus nekrotisirendem Zerfall eines bereits durch chronische Entzündung veränderten Lungengewebes gebildet hat«, besonders bei alten Leuten. Die Diagnose gründet sich auf das Vorstadium, die Höhlensymptome und besonders auf den Auswurf (s. u.). Der Verlauf ist schleichender und weit günstiger, als bei eigentlich phthisischen Processen.

III. Wahre Lungenabscesse a) durch Gewebsnekrose nach genuiner Pneumonie mit eitriger Infiltration, b) durch embolische oder pyämische Vorgänge, c) durch Trauma (selten), d) durch Fremdkörper. Da diese eigentlichen Abscesse dieselben Ursachen wie Lungengangrän haben, auch nachträglich in ein putrides Stadium übergehen können, so ist erklärlich, wie häufig die Unterschiede zwischen beiden Krankheitsformen sich verwischen. Wo aber der Abscess ein reiner bleibt, sind die Symptome weit ähnlicher jenen einer subacuten käsigen Pneumonie.

Auf dem Leichentisch ist der fertige Abscess deutlich unterschieden von der Gangrän durch seinen Inhalt, von der Bronchiectasie durch seine Wandung. Schwierig ist seine Erkennung im Entstehen und im Verheilen.

Der Fieberverlauf ist, wenn nicht durch die sonst bestehende Erkrankung verändert, der eines unregelmässigen, remittirenden Eiterfiebers von mässiger und wechselnder Intensität.

Wichtig sind die diagnostischen Kennzeichen aus dem Auswurf. Die Menge des Eiters ist wechselnd, doch meist reichlich, der Geruch fade, die Beschaffenheit schleimig, eitrig, klumpig. Nach Pneumonie deutet ein schwärzlicher oder grasgrüner Auswurf auf Abscessbildung hin. Am wichtigsten sind die makroskopischen Gewebsfetzen in dem Sputum, welche mikroskopisch deutlich Lungenparenchym darstellen; daneben finden sich Fettkrystalle, gelbbraunrothe Pigmentschollen, besonders aber Hämatoidinkrystalle oft in grosser Menge; endlich noch Micrococcen, von den bei Gangrän verschieden durch ihre Körnerform, die geringe Beweglichkeit und das Fehlen der Jodreaction.

Die Therapie muss vor allem die putride Zersetzung des Eiters verhindern. — Den Eingang des Vortrags bildet eine historische Skizze; im Anhang sind 3 genaue Krankengeschichten aus der Strassburger und aus zwei Berliner Kliniken, sowie Fiebercurven und zwei mikroskopische Bilder angereiht.

Mögling (Tübingen).

T. Holmes. On direct wounds of the ureter.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 533. Royal med. chir. soc.)

H. berichtet über die Verletzung am Rücken eines Knaben durch einen Messerstich. Die kleine Wunde blutete wenig, aber es entleerte sich aus ihr 14 Tage lang eine grosse Menge klarer, urinartiger

Flüssigkeit. Dieselbe enthielt anfangs deutlich Harnstoff, später nur spurweise; das specifische Gewicht betrug 1005 mit geringen Schwankungen, während der abgesonderte Urin 1015—33 zeigte. Seit der Verletzung ist eine Alteration des Urins in Quantität und Qualität (Näheres nicht angegeben, Ref.) eingetreten. H. glaubt, dass in diesem Falle die seltene bisher nicht beschriebene directe Verletzung des Ureters vorliege. Cerebrospinalflüssigkeit glaubt er ausschliessen zu müssen. — In der Discussion meint Smith, dass das Secret schwerlich dem Ureter entstamme, weil es von dem abgesonderten Urine different sei. Anderseits sei es wahrscheinlicher, dass bei Verletzung des Ureter der Urin sich im Zellgewebe verbreitet hätte, anstatt durch eine kleine Stichöffnung continuirlich auszufliessen. Smith glaubt, die ausgeflossene Flüssigkeit entstamme der Peritonealhöhle. Auch Barwell spricht für diese Auffassung. Dagegen berichtet Howse über einen durch Ueberfahren verletzten Knaben, in dessen Lendengegend ohne weitere Allgemeinerscheinungen sich eine pralle Anschwellung bildete, die punctirt Urin reichlich (4 Pinten) entleerte. Wegen erneuter Ansammlung mussten 8 Mal durch 8 Wochen weitere Punctionen vorgenommen werden; auch diese Flüssigkeit enthielt Harnstoff, aber weniger, als der aus der Blase entleerte Urin und war von geringerem specifischem Gewichte.

Rivington glaubt ebenfalls, dass das Secret dem Peritoneum entstamme, berichtet, dass dessen Zusammensetzung sehr variabel sei und der Mangel von Albumin im vorstehenden Falle nicht so schwer in die Wagschale falle. Pilz (Stettin).

J. Veit. Klinische Untersuchungen über den Vorfall der Scheide und der Gebärmutter.

(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. I. p. 144.)

Die gewöhnlichen Formen der Vorfälle haben das gemeinsam, dass sie wesentlich nach Schwangerschaft eintreten. Eine directe Disposition zum Vorfallen — die dann zur Geltung kommt, wenn starke Anspannung der Bauchpresse stattfindet, bevor die Rückbildung der Organe erfolgte — bietet das Wochenbett, indess gewöhnlich nur für die Scheide, für den Uterus nur ausnahmsweise. Das Herabtreten wird nach V. ebenso wie durch das Weiterbleiben der Scheide und des Scheideneingangs, auch durch den gegen Ende der Schwangerschaft beobachteten (v. Hoffmann) Schwund des perivaginalen Fettgewebes erleichtert.

Unter den Scheidenvorfällen trifft man nur sehr selten seitliche, nämlich dann, wenn narbige Verwachsungen der einen Seitenwand die sich ausbildende Scheideninversion auf die andere Seite beschränken. — Beim Vorfall der vordern Scheidenwand findet man die Blasenbasis mit seltenen Ausnahmen in den Vorfall mit eingezogen; weit seltener gilt dies von der vordern Wand des Rectum beim Vor-

fall der hinteren Scheidenwand. Dieser letztere entsteht primär nur durch Retraction der Rissnarben an der hintern Scheidenwand und dem Damm, in der Richtung nach dem letzteren zu.

Die Lage des Uterus ist beim Scheidenvorfall sehr verschieden; im Gegensatz zu G. Veit fand Verf. am häufigsten (50 % seiner Fälle) Retroversio oder -flexio uteri. Während der Einfluss des prolaps. vag. poster. auf den Uterus gleich Null ist, geht aus dem Vorfall der vorderen Scheidenwand in Folge des durch die Zerrung gesetzten Reizes in der Mehrzahl der Fälle Cervixhypertrophie hervor.

Diese Auffassung begründet V. gegenüber Huguier — nach welchem der primär hypertrophische Mutterhals die vordere Scheidenwand sammt der Blase herabstülpt — durch dreierlei Beobachtungen: 1) die Untersuchung von 36 einschlägigen Fällen ergab, dass beim beginnenden Vorfall der vordern Scheidenwand die Cervixhypertrophie nicht vorhanden war, dass dagegen in 10 Fällen von ausgebildetem primärem Scheidenvorfall 9 mal gerade die pars media cervicis deutlich verlängert war; 2) wo beide Mutterlippen durch die Muttermundsspalte tief getrennt sind, wird nur die gezerrte vordere verlängert gefunden; 3) bei aufgehobener Zerrung (Tragen von Pessarien, längeres Krankenlager) geht die Cervixhypertrophie zurück.

Der Gebärmuttervorfall wird nach gutem alten Brauch in den unvollkommenen und den vollkommenen geschieden. Der unvollständige kann bestehen a) ohne Hypertrophie des Cervix, b) mit Cervixhypertrophie, der gewöhnliche Fall, wobei die Länge des Uterus nach V. 9—15 Ctm. beträgt, c) als reine Hypertrophie der portio vaginalis. Relativ häufig (in 10 % der Fälle) hatte V. Gelegenheit den vollkommenen prol. uteri zu beobachten, zum Theil wohl deshalb, weil er — mit Recht — vor der Untersuchung die Frauen zu kräftigem Drängen und Pressen anhielt, um den Grad exact beurtheilen zu können. Die Entstehung des vollkommenen Vorfalls der Gebärmutter steht meistens mit Rückbildungsvorgängen am unvollständig prolabirten in Zusammenhang: Trägt eine Frau wegen des letzteren lange Zeit Retentionsinstrumente, so verkleinert sich der hypertrophische Cervix, aber er wird nur hochgehalten auf Kosten starker Dehnung der Scheide, und sofort nach Entfernung des Rings stürzt die ganze Scheide und der nun zurückgebildete Uterus vor.

Die reine Hypertrophie des Scheidentheils (penisförmige Verlängerung) setzt abnorme Wachsthumsreize voraus, über die wir nach V. noch ganz im Dunkeln sind.

Von Complicationen hatte V. unter seinen 160 Fällen 1 mal einen vom Cervix ausgehenden myomatösen Polypen und — trotz der Häufigkeit der Insulte und Reizungen ebenfalls nur 1 mal Carcinom des unvollständig prolabirten Uterus zu beobachten. —

Löhlein (Berlin).

C. Schröder. Das Adenom des Uterus.

(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. I. Hft. 1. p. 189.)

S. lenkt die Aufmerksamkeit auf die interessanten Wucherungen der Gebärmutterschleimhaut, bei denen die Drüsen besonders stark betheiligt sind. Zweierlei Arten von Geschwülsten — wirkliche Adenome — können hierdurch zu Stande kommen: »entweder diffuse Schleimhautwucherungen, ganz wie Olshausen sie beschreibt, nur mit stärkerer Betheiligung der Drüsen, das Adenoma diffusum, — oder Polypen, die im wesentlichen aus normalen und cystisch degenerirten Drüsen bestehen, das Adenoma polyposum.

Für jede der beiden Formen werden 2 Beispiele angeführt: die diffuse beobachtete S. bei einer 39jährigen Nullipara und bei einer 49jährigen Frau, die 4 mal, zuletzt vor 12 Jahren geboren hatte. Beide Male profuse Blutungen, Dilatation mit Pressschwamm, resp. Laminaria, Abkratzung mit dem scharfen Löffel und Injection von Eisenchloridlösung. Beide Male entsprachen die Erscheinungen völlig der von Olshausen geschilderten Endometritis fungosa, nur trat die Wucherung der Drüsen gegenüber der des Bindegewebes mehr in den Vordergrund. Als diagnostisch wichtig hebt S. eine eigenthümliche kuppelartige Formation des Cervix hervor, welcher bei erweitertem Canal, am innern Muttermund festgeschlossen ist und hierdurch der Dilatation besondere Schwierigkeiten entgegensetzt.

Das polypöse Adenom sah S. bei 2 sterilen Frauen in vorgeschrittenen Jahren (45 und 59, auch Duncan bei einem 52jährigen Fräulein); bei beiden erschöpfende Blutverluste. In dem einen Fall inserirte sich der kindsfaustgrosse Polyp über dem innern Muttermund. Sein Stiel wurde aus Bindegewebe mit glatten Muskelfasern gebildet, der übrige Theil aus theils normalen, theils cystisch entarteten Uterindrüsen und sehr kernreichem Bindegewebe (der Uterus hier gleichzeitig durch ein interstitielles Fibroid vergrössert). Die 2. derartige Geschwulst (nach seichten Incisionen mittelst der Kornzange extrahirt) war kleinfingergross und bestand aus massenhaften, in wucherndem Bindegewebe liegenden Uterusdrüsen. Diese zeigten hier keine cystöse Entartung.

Löhlein (Berlin).

Hansen. Osteomyelitis spontanea diffusa humeri bei einem Erwachsenen.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 19. p. 165.)

Ein Mann von 53 Jahren, wegen Strictur der Urethra in Behandlung, erkrankt am 1. December 1875 an Pleuropneumonia dextra zugleich mit Schmerz und Schwellung am rechten Schultergelenk. Periarticuläre Carbolinjectionen schaffen Besserung, Pat. wird Mitte Januar 1876 entlassen.

Nach 3 Wochen zeigt er sich wieder mit starker Schwellung derselben Schulter und extracapsulärer Fluctuation am Humerus. Incision und Entleerung des Eiters; Knochen nirgends blossliegend;

Salicylwatteverband. Nach etlichen Wochen neues Fieber und Kräfteverfall; jetzt dringt die Sonde in das Caput humeri ein. Diagnose: Caries capitis. Therapie: Resection mit Durchtrennung am Collum chirurg. Der morsche Knochen bricht zum Theil ab, und aus der Markhöhle quillt eine puriforme Masse hervor, die Sonde dringt durch das ganze Markrohr hinab. Pat. verweigert die jetzt vorgeschlagene Ablatio brachii, deshalb wird die Markhöhle drainirt und ein Salicylwatteverband angelegt. Temperatur vom anderen Tag an normal, Heilung mit 2 Ctm. langem halbringförmigem Sequester, Verkürzung des Arms 3 Ctm.; Functionsbeschränkung ganz unbedeutend.

Mögling (Tübingen).

Dittel. Der A-jour-Verband bei den osteoplastischen Amputationen nach Pirogoff und Gritti.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 16.)

Verf. erklärt die nach der Pirogoff'schen Amputation eintretende Verschiebung des Calcaneusfragmentes nach hinten als Folge seiner Schwere, die es bei horizontaler Lage des Pat. nach unten, d. h. nach hinten dislocirt, nicht aber, wie meist angenommen wurde, als Wirkung des Zuges an der Achillessehne. Ein Mittel, um die Verschiebung zu hindern, ist der Dittel'sche bekannte A-jour-Verband. D. legt in sagittaler Richtung die Wade herab über die vereinigte Wunde und vorn am Unterschenkel hinauf einen Heftpflasterstreifen, darüber einen Gypsbindenstreifen, den er über den Malleolen und unter dem Knie durch Gypsbinden-Cirkeltouren befestigt. Provisorisch wird das Ganze durch Callicotbinden eingewickelt, die nach dem Erstarren des Gypses entfernt werden. — Eine ähnliche orthopädische Nachbehandlung führt D. nach der durch Schuh's Schüler Gritti 1857 angegebenen osteoplastischen Amputation des Oberschenkels ein. D. hat 8 Gritti'sche Operationen mit demselben guten Erfolg ausgeführt, wie er sie bei dem Pirogoff'schen analogen Verfahren erzielt. Nach dem Beispiel vieler anderer Operateure legt auch D. unter seinen A-jour-Verband einen Lister'schen Verband.

Mosengeil (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Merke. Beschreibung eines für Krankentragen zu benutzenden federnden Fusses und Ideen über die Verwendung solcher Füsse während eines Krieges. Mit 1 Tafel.

(Berlin 1877. 14 Seiten.)

Dieser federnde, ohne Belastung etwa 40 Ctm. lange Fuss besteht aus zwei ineinander verschiebbaren Hohlcylindern von Eisen, einer Spirale und Gummipuffern im Innern des obern 33 Ctm. langen Cylinders, und einer eisernen Tülle, welche den Fuss an die Trage befestigt (s. die Zeichnung im Original). Bei 25 Kilo Belastung verkürzt sich ein solcher Fuss durch Compression der Spirale um 2 Ctm., bei 75 Kilo Belastung tritt das Maximum der Verkürzung ($7^1/_2$ Ctm.) ein. Die Befestigung von 4 Füssen an die Trage mittelst der Tüllen kann 1 Mann bequem in $1^1/_2$ Min. zu Stande bringen.

Das Gewicht 1 Tülle = 1 Pfd.
- - 1 Fusses = 3 Pfd. } Mit Hülfe dieser Einrichtung soll jeder beliebige, nicht auf Federn ruhende Wagen zum Krankentransport verwendet werden können.

Um für sämmtliche 56 Tragen eines Sanitätsdetachements solche Füsse mit in's Feld nehmen zu können, wären am zweckmässigsten 4 Kisten herzurichten von 34 Ctm. Länge, 31 Ctm. Höhe und $42^1/_2$ Ctm. Breite. Gewicht 1 Kiste = 172 Pfd. Die weiteren Ideen des Verf. über Verwendung federnder Füsse im Kriege müssen im Original eingesehen werden. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

M. J. Turnbull. Case of lead-poisoning.

(Edinb. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 897.)

T. bespricht ausführlich den fast einzig dastehenden Fall, in welchem ein Knabe nach Verschlucken einer Bleikugel die ausgesprochenen Erscheinungen einer Bleivergiftung darbot. Die Erscheinungen begannen 5 Tage nach dem Unfall und führten am 25. Tage zum Tode; der Abgang der Kugel in den Stuhlgängen war nicht zu constatiren; in den letzten Tagen erfolgte eine innere Blutung und es entleerte sich ein Theil des Blutes durch den Brechact nach aussen. Die Section konnte leider nicht zur Bestätigung der Diagnose ausgeführt werden. Ein ähnlicher Fall soll nach Down (London) vor 40 Jahren von Pauline berichtet sein. Im Allgemeinen stimmen die Angaben der Toxicologen darin überein, dass metallisches Blei keine Vergiftung — abgesehen vom Arsen-Gehalte, hervorrufe. Der Arbeit ist eine briefliche Mittheilung Robertson's beigefügt, in welchem dieser die bei Thieren beobachteten Erscheinungen und pathologischen Befunde von an Bleivergiftung gestorbenen Thieren beschreibt. **Pilz** (Stettin).

Tizzoni e Parona. Contribuzione allo studio di alcuni tumori rari per la loro sede.

(Annali universali di medicina e chirurgia 1877. März.)

1. Fibrolipom des Samenstranges. Ein 45jähriger Mann, welcher öfters an Tripper und Schanker gelitten hatte, fühlt seit zwei Jahren eine Geschwulst in der rechten Hodensackhälfte. Die faustgrosse Geschwulst wurde sammt dem innig adhärirenden Hoden und Nebenhoden exstirpirt und der Samenstrang en masse unterbunden. Am zehnten Tage Tetanus und am 13. Tage exitus letalis. Die Geschwulst besteht aus einem Netz von Bindegewebsfibrillen, innerhalb welcher spindelförmige (nicht contractile), lymphoide, endotheliale Zellen und Fettzellen liegen.

2. Zungenlipom. Ein 74jähriger Mann bemerkt seit ca. einem Jahre eine Geschwulst am vorderen rechten Zungenrande, welche gegenwärtig die Grösse einer Nuss hat. (April 1875.) Da der Mann gleichzeitig an Verdauungsbeschwerden und Salivation litt, wurde die anfänglich für eine Cyste gehaltene Geschwulst mit Leichtigkeit enucleirt. Heilung der Wunde innerhalb 14 Tagen.

Menzel (Triest).

Sohier et Desguin. De l'emploi de l'acide salicylique et du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.

(Arch. med. Belges 1877. Bd. XI. p. 257.)

Die Resultate, welche die Verff. im Militär-Hospital zu Brüssel in mehreren Fällen von acutem Gelenkrheumatismus erhalten haben, bestätigen die hierfür bekannte günstige Wirkung der Salicylsäure, noch mehr aber die des salicylsauren Natrons. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

E. Fuchs. Zur Farbe der Netzhaut.

(Wien. med. Wochenschr. 1877. No. 10.)

Verf. hat mit Welponer die Augen vor der Geburt abgestorbener Früchte auf Sehpurpur untersucht und fand denselben deutlich bei während der Geburt und bei etwa 12 Stunden vorher abgestorbenen Früchten. Bei einer 7monatlichen, etwa 14 Tage vor der Geburt abgestorbenen Frucht liess sich der Sehpurpur nur sehr ungewiss erkennen. »Es schien hier die Retina eine schwache Rosafarbe zu besitzen.« **v. Mosengeil** (Bonn).

Simpson. Aneurism; Galvanopuncture.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 200.)

Nach einem kurzen Berichte aus der Royal Infirmary zu Manchester behandelte S. 5—6 Fälle von Aneurysmen mit Galvanopunctur. In 1 Falle wurde Heilung erreicht, in 1 erfolgte Suppuration, in den übrigen fand erhebliche Besserung statt. Zur Zeit befindet sich ein Mann mit seit 8 Monat bestehendem Aneurysma des Arcus und der Innominata in Behandlung, bei welchem 3 Sitzungen bewirkten, dass der Tumor fester und ein Theil der Druckerscheinungen gemindert wurde. Während S. die ersten 2 Mal nur den positiven Pol einführte, versenkte er das letzte Mal auch den negativen Pol mit zufriedenstellendem Resultate. S. will gefunden haben, dass bei Batterien mit grossen Metallflächen (Foveaux's) es besser sei, sie nur zur Hälfte eintauchen zu lassen, um einer Erosion der Nadel und darnach folgender Suppuration des Aneurysma vorzubeugen. Der grösseren Sicherheit wegen, führt er die Galvanopunctur unter Spray aus. Bei einem grossen Aneurysma der Subclavia bewirkte Jodkali die gewünschte Gerinnung im Sacke und S. glaubt mit Balfour, dass jenes Arzneimittel primär auf die Wandung des Sackes wirke. In diesem Falle beobachtete er ausserdem, dass die vorher keulenförmigen Fingerkuppen während der Behandlung vollkommen normal sich gestalteten. Ein Fall von Aneurysma der Aorta abdom. wurde durch Jodkali schnell erheblich gebessert. **Pilz** (Stettin).

Chr. Heath. Aortic aneurism treated by ligature of the left carotid artery.]

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 203. Lond. clinic. soc.)

H. legt das Präparat eines Mannes vor, dem er 1872 die Carotis comm. wegen Aortenaneurysma unterbunden hatte. Derselbe starb 1876, indem der Sack nach aussen aufbrach. Das Aneurysma gehörte der Aorta ascend., nicht, wie man geglaubt hatte, dem Bogen an. H. bemerkt ausdrücklich, dass, obwohl die Ligatur in diesem Falle ausserordentliche Besserung des Zustandes bewirkte, eine rationelle Erklärung dafür nicht zu geben sei und die eigentliche Absicht, das dem Aneurysma zunächst gelegene Gefäss zu unterbinden, nicht erreicht worden ist. Leider konnte am Präparate nicht mehr constatirt werden, ob die Gerinnungen sich bis zum Aneurysma hin erstreckt hatten. Die Carotis war durch einen nur an der Ligaturstelle fest anhaftenden Thrombus ausgefüllt; von der Catgutligatur, welche die Carotis nicht durchtrennt hatte, keine Spur. —

Holmes. Aortic aneurism treated by ligature of the left carotid artery.

(Ibid.)

H. stellt in der Lond. clin. soc. die Frau vor, der er vor einem Jahr wegen Aneurysma der Aorta die linke Carotis unterbunden hatte. Das Aneurysma gehörte wahrscheinlich dem Arcus an, und hatte sich auf die Innominata und vielleicht auf die Carotis hin verbreitet. Nach der Ligatur wurde das Aneurysma kleiner, die Dyspnoe verminderte sich, das Blutspeien hörte gänzlich auf.

In der Discussion berichtet Bryant über einen gleichen Fall mit durch Pyämie bedingtem tödtlichem Ausgange. Mahomed macht auf die diagnostisch werthvolle sphygmographische Untersuchung aufmerksam, welche ermögliche, ein Aneurysma der Innominata, des Arcus, der Aorta ascend. und desc. von einander zu unterscheiden. Holmes und Heath stimmen darin überein, dass der Nutzen der Ligatur am grössten sei bei Aneurysmen des Arcus, die bis zum Halse hinaufreichen und bei beschränkten Aneurysmen. Bei weit verbreiteten oder gar multiplen Aneurysmen sei von derselben ganz abzustehen, da nie eine wirkliche Heilung durch die Operation erwartet werden dürfe. **Pilz** (Stettin).

J. Höppener. Aneurysma der art. poplitea; Ligatur der art. iliac. externa. Heilung.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1876. No. 38.)

Pat., 59 Jahr, verabschiedeter Soldat, schwach, anämisch; in den letzten Jahren mehr stehende Beschäftigung. Seit Wochen eine Schwellung des linken Unterschenkels und der Kniekehle, die sich als Aneurysma der a. poplitea erweist. Lig. der art. iliac. extern. in der Chloroformnarkose, unter Spray, mit einem starken Catgutfaden. Auch zur Naht Catgut benutzt. Verband unter Lister'schen Cautelen. Unbedeutendes Wundfieber. Heilung nach $2^1/_2$ Monaten. Das Fehlen bedeutender Ischämie im operirten Beine schreibt Verf. dem schon vor der Operation etablirten Collateralkreislauf zu. **W. Grube** (Charkow).

Ferrant. Troubles abdominaux.

(Revue de Thérap. méd.-chirurg. 1877. No. 2.)

Der Fall wurde auf der Gosselin'schen Abtheilung der Charité beobachtet. Es handelte sich um vage hysterische Sensationen im Abdomen, für welche palpable Ursachen anfänglich nicht aufzufinden waren. Die Frau klagte über Abgeschlagenheit, Druckgefühl, Schwere und ziehende Empfindungen im Unterleib, konnte ferner nicht andauernd aufrecht stehen, sondern musste beständig sitzen oder liegen; des Morgens trat ausserdem Uebelkeit, Aufstossen und Erbrechen auf. Dieser Zustand bestand seit 1 Monat.

Ein auffallend häufiges Uriniren machte zuerst auf das Verhalten der Blase aufmerksam. Es zeigte sich dann auch, dass die Blase fast beständig mehr oder weniger gefüllt war, die Ausleerung derselben jedesmal nur unvollkommen erfolgte und dadurch vermehrter Harndrang, Hyperästhesie der Blasenschleimhaut und wahrscheinlich auch jene hysterischen Erscheinungen hervorgerufen waren. — Als das beste Heilmittel bei derartigen Zuständen empfiehlt Verf. den Katheter.

A. Hiller (Berlin).

Boissarie. Kyste multiloculaire. Ovariotomie.

(Gaz. des hôpit. 1877. No. 3.)

Frau von 40 Jahren, wiederholt, zuletzt jede Woche wegen Ovariencyste punctirt, guter Allgemeinzustand. Ovariotomie. Länge des Schnittes 25 Ctm. Zahlreiche Adhäsionen. Multiloculäre Cyste des rechten Eierstockes mit vielen festen Tumoren. Entfernung sehr schwierig, erst nach zahlreichen Incisionen ausführbar. Der schmale, kurze Stiel wird mittelst eines Schlingenschnürers gefasst und sammt diesem versenkt. Dauer der Operation $2^1/_2$ Stunden. Gewicht der Cyste (sammt Flüssigkeit) 50 Pfund. Reinigung der Bauchhöhle durch die Oeffnung am unteren Wundwinkel, welche nach Entfernung des Schlingenschnürers am 4. Tage offen bleibt. Am 7. Tage, nach Wechsel des Bettes, acute Peritonitis, Tod am 8. Tage nach der Operation. — Keine Section. **Winiwarter** (Wien).

E. Klink. Chankergeschwüre der Scheide und des Scheidentheiles der Gebärmutter.

(Medycyna 1877. No. 3—5. polnisch.)

Nachdem K. aus deutschen und französischen Autoren statistische Daten über das Vorkommen von Schankergeschwüren an den beiden genannten Stellen vorausgeschickt hat, erwähnt er seine eigenen Beobachtungen, die ein Verhältniss von 8 : 332 aufweisen.

Obaliński (Krakau).

Ebermann. Ueber die Veränderungen der Harnröhrenrichtung durch Prostatageschwülste.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 20. p. 178.)

Ausser Bekanntem führt Verf. eine winklige Knickung zwischen der Pars membranacea und der Pars prostatica an, mit der Spitze des Winkels nach oben. Diese soll entstehen, wenn die voluminöse Prostata durch ihr Gewicht hinabsinkt, und soll vergrössert werden, wenn, was meistens der Fall ist, die Resultante des Harndrucks in Folge der retentio urinae nach hinten und unten geht.

Mögling (Tübingen).

Pooley. Catheter broken off after making a false passage, extracted by perineal section.

(Philad. med. Times 1877. Mai 12. No. 247. p. 365.)

Ein 19jähr., seit 9 Tagen an einer schweren Pneumonie erkrankter Pat. bekam plötzlich Urinverhaltung und musste katheterisirt werden. Am nächsten Tage gelang der Katheterismus nicht mehr. Die 6″ lange, gekrümmte Partie des Katheters brach ab und blieb stecken. Der Versuch, das Stück von vorne mittelst einer feinen Zange zu fassen, misslang. Daher schnitt P. im Perineum ein und extrahirte den Fremdkörper leicht. Urin entleerte sich nicht durch die Wunde. Sofort wurde Katheter No. 12 bis in die Blase eingelegt. Die kleine Incision im Perineum heilte in einigen Tagen. Der abgebrochene, übrigens an der Bruchstelle schon lange schadhafte Katheter No. 8 von Silber hatte einen falschen Weg gemacht und war zwischen Blase und Rectum gelangt.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Charon. Calculs extraits par la région hypogastrique.

(La presse méd. belge 1877. No. 13.)

Es handelte sich um ein 12jähriges, wahrscheinlich scrophulöses Mädchen, welches nach einer ankylosirenden Hüftgelenkentzündung Erscheinungen seitens der Harnblase darbot, die sich bald als Lithiasis auswiesen. Die Lithotomia lat. war unmöglich, da das völlig unbewegliche, in der bekannten Beugestellung ankylosirte rechte Femur eine Abduction der Oberschenkel verhinderte. Die alsdann mehrfach versuchte Lithotripsie gelang immer nur unvollkommen, war auch von üblen Zufällen, wie Blutungen aus der Harnröhre, Oedemen u. s. w., begleitet. Nach einiger Zeit, während welcher die Harnbeschwerden unverändert dieselben blieben, entwickelte sich oberhalb der Symphyse ein Abscess, welcher aufbrach und neben grossen Quantitäten Eiter auch Urin entleerte. Es hatte sich somit, wahrscheinlich auf dem Wege adhäsiver Entzündung, eine Blasen-Bauchwandfistel gebildet, durch welche die Entfernung der Steine ohne Schwierigkeit gelang. — Die Bauchwunde schloss sich später, und blieb die kleine Pat. bis zur Zeit der Mittheilung (etwa 4 Monate hindurch) frei von Beschwerden.

A. Hiller (Berlin).

E. W. Cottle. The influence of temperature on the occurence of pompholix of the hand. —

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 528.)

Verf. behandelte während excessiver Hitze vom 20. Juni bis 25. August 1876 nicht weniger als 11 Fälle von Pompholix der Hand, welche alle die charakteristischen Erscheinungen dieser seltenen Hautkrankheit in verschiedenen Stadien darboten. Anfangs erfolgte eine entzündliche Schwellung an den Seiten der Finger und der Hand, die sich besonders zur Dorsalfläche hin erstreckte, mit der Empfindung des Brennens und Juckens. Es erscheinen einige Papeln, die sich schnell in kleine Bläschen umwandeln; dieselben werden bald sehr gross und mit heller Flüssigkeit angefüllt, — in einem Falle erstreckte sich die Blase von der Fingerspitze bis zum Phalango-Metacarpalgelenk. — Alle Pat. waren frei von jeder anderen Hautaffection; 9 derselben waren anämisch und schwächlich, unter ihnen fanden sich 8 Weiber. Irgend welche innere oder äussere Ursache für das Auftreten dieser Hautkrankheit konnte nicht aufgefunden werden; C. ist geneigt, die ausserordentliche Hitze als ursächliches Moment heranzuziehen. Es betrug nämlich die Wärme vom 20.—30. Juni 47—61° F.; im Juli die nächtliche Minimaltemperatur 52—66° F. im August 47—67° F. — **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Berlin. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 30. **Sonnabend, den 28. Juli.** **1877.**

A. v. Winiwarter. Aus dem Kronprinz-Rudolph-Kinderhospital in Wien. — Bericht über die chirurgischen Krankheiten in der Zeitperiode vom 20. Sept. 1875 bis 1. Jan. 1877.

(Jahrb. für Kinderheilkunde Bd. XI. Hft. 2 u. 3.)

In genanntem Zeitraum wurden 499 chirurgische Kranke und zwar 374 ambulatorisch, 75 stationär behandelt, die in topographischer Anordnung beschrieben werden.

Die Wundbehandlung war bis Juli 1876 die offene, später mit Auswahl die antiseptische.

Verf. giebt, ausser der Beschreibung der einzelnen Fälle, bei den wichtigeren Krankheitsgruppen ausführlichere epikritische Erläuterungen.

Ein Fall von malignem Lymphosarcom wurde durch Arsen geheilt. (Solut. Fowl. Tinct. ferr. pomat. āā, täglich 5 Tropfen innerlich und 1—2 Tropfen reine Solut. Fowl. parenchymatös injicirt.)

Am eingehendsten behandelt Verf. das Capitel über Tracheo-

tomie. 16 operirte Kinder starben sämmtlich in den Zeiträumen zwischen 1/2 Stunde und 5 Tagen. Empfehlung der Chloroform-Narkose, für die Nachbehandlung die Kalkwasser-Inhalationen.

Die ungünstigen Erfolge schiebt Verf. 1) auf die Bösartigkeit der Epidemie, 2) auf die zu späte Zeit der Operation.

Sämmtliche Fälle waren echte Diphtheritis mit schwerem Allgemeinleiden. Verf. bespricht die Schwierigkeit der Entscheidung, ob bei bestehender Angina diphth. bereits allgemeine Sepsis eingetreten sei oder nicht. Bei Laryngostenose operirte er, trotz allgemeiner Sepsis, stets.

Die durch die Weigerung der Eltern verursachte zu späte Vornahme der Operation hat 2 Nachtheile: 1) dass die Kinder ihre Kräfte unnütz verbrauchen und Kohlensäureintoxication eintritt, 2) dass die Entstehung lobulärer Pneumonien begünstigt wird, welche nach Art der Fremdkörperpneumonien dadurch entstehen, dass bei den forcirten dyspnoetischen Inspirationen das diphtheritische Secret des Larynx aspirirt wird. Er legt deshalb die post mort. gefundenen disseminirten pneumonischen Herde nicht der Operation, sondern der verspäteten Vornahme derselben zur Last.

Verf. empfiehlt folgendes Verfahren, das er selber noch nicht erprobt hat: Bei bestehendem Stridor möglichst frühe Operation, Einlegung der Trendelenburg'schen Tamponkanüle, um das Hinabfliessen von Secret zu verhindern und eine energische Localbehandlung des Rachens und Kehlkopfes zu erleichtern, Inhalationen von Kalkwasser.

Unter den Krankheiten des Bauches findet sich ein seltener Fall von Lymphangioma cavernosum in abdomine bei einem kleinen Kinde. Nach Verf. Ansicht entstand dieses durch ein Abflusshinderniss im Duct. thor. und nachfolgende cystöse Erweiterung der grösseren Chylusgefässe an der Wurzel des Mesenteriums. Die Punction des ad maximum ausgedehnten Abdomens beförderte 3 Liter reinen Chylus heraus. Wahrscheinlich war nach Platzen eines der ectasirten Gefässe der Chylus in die Bauchhöhle abgeflossen.

Bei den Knochenbrüchen wird ein Fall von Fract. fem. dicht oberhalb des winklig ankylosirten Kniegelenks erwähnt. Es wurde Geradestellung des Beines dadurch erreicht, dass die Krümmung im Knie durch eine entsprechende winklige Verheilung der Fractur compensirt wurde.

Für die rhachitischen Verkrümmungen der unteren Extremitäten empfiehlt Verf. die operative Behandlung mittelst Osteoklase und Osteotomie ihrer Billigkeit und ihres schnelleren Erfolges wegen gegenüber der Maschinenbehandlung.

Von den 75 stationär behandelten Kranken starben 27 = 36 %; davon sind erwähnenswerth 4 Fälle von im Spital erfolgter Wundinfection mit Diphtheritis. Verf. sah bei diesen die verschiedensten Stufen der Granulationserkrankung, vom einfachen fibrinösen Belag bis zum pulpösen Zerfall, und wurde durch sie in der Ueberzeugung

von der Identität des Wesens der Wunddiphtheritis und der Nosocomialgangrän bestärkt.

Zum Schluss bespricht Verf. die Anwendung des Neurins und des Tetramethyl- und Tetraaethylammoniumoxydhydrats bei Diphtheritis der Schleimhäute und Wunden und glaubt diese Mittel für diese Fälle allen anderen Antisepticis vorziehen zu müssen.

Rinne (Berlin).

Egeberg. Bericht über die chirurgische Abtheilung *A* des »Rigshospital« in Christiania für das Jahr 1875.

(Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1877. Bd. VII. Hft. 1 u. 2.)

Der Bericht beginnt mit Aufzählung des Krankenstandes (468 Patienten, 323 Männer, 145 Frauen), der als geheilt Entlassenen (266), der in Besserung und der als ungeheilt Zurückbehaltenen (88 und 23), dann der Gestorbenen (52). Operationen wurden 130 vorgenommen. Es folgt die Spezialisirung der vorgekommenen Fälle.

An Wunden wurden behandelt 46, wovon 3 mit Tod abgingen. Die Behandlung war nach Möglichkeit eine conservative. Die Wunden wurden mit $^1/_2$—1 %. Carbolsäure ausgewaschen, Guttaperchapapier aufgelegt (was angelegentlich empfohlen wird) und mit Carbolgaze oder Werg eingehüllt. Auch wurden Umschläge von Carbolwasser oder Carbolöl angewandt, oder auch Salicylsäureumschlag (1:300). Bei beginnender Gangrän schritt man zur Berieselung mit Kampherspiritus und Einhüllen der Theile in Watte. In einem Falle von Bisswunde der Zunge nach einem epileptischen Anfall trat Delirium tremens ein und nach $2^1/_2$ Tagen der Tod. Man fand hämorrhagische Phlegmone der Zunge und des Bindegewebes am Introitus laryngis, Lungenhyperämie und Meningealoedem. An Contusionen wurden 14 Patienten behandelt, an Fracturen 96 (83 Männer und 13 Frauen). Darunter war 13 Mal fractura cranii (6 geheilt, 4 gestorben, 3 noch in Behandlung, welche bestand in Application von Eisbeuteln, Darreichung von Abführmitteln und knapper Kost). Fractura nasi kam einmal vor. Fractura vertebrae 6 Mal (1 geheilt, 1 in Besserung, 3 gestorben, 1 noch frisch). »In zweien der Fälle wurde Lagerung auf kaltem Wasserkissen angewandt, derart, dass die Bruchstelle sammt umliegenden Theilen darauf zu ruhen kamen. Das Wasser hatte bei der Füllung des Kissens eine Temperatur von 15—18° R., und sobald diese auf 20° oder im Anfang etwas mehr gestiegen war, was mittelst eines unter dem Kissen angebrachten Thermometers controlirt wurde, leerte man das Wasser aus und füllte frisches ein. Der hiezu benutzte Apparat besteht aus einem Wasserbehälter aus Blech und einer Cautschukröhre. Jenen setzt man auf einen Tisch zu Häupten des Bettes, so dass sein Boden etwa 40 Ctm. höher steht, als dieses. Durch die Cautschukröhre, die an ihrem einen Ende mit einer Spitze versehen ist, welche in das Ablaufrohr des Kissens hineinpasst, wird

das Wasser nach dem Princip des Hebers in das Kissen geleitet, bis dies hinlänglich gefüllt ist. Füllung und Entleerung erheischt nur kurze Zeit und ist leicht von Krankenpflegern ausführbar. Die Pat. fanden grosses Behagen an dieser Lagerung, indem sich ihre Schmerzen deutlich minderten.« (Praktischer wäre gewiss ein continuirlicher Zu- und Abfluss und letzterer könnte durch Anbringen eines zweiten Hahnes mit Röhre leicht hergestellt werden.) Bei dem geheilten Fall von Wirbelfractur (Bruch des 3. Lendenwirbels, Vorspringen des proc. spinosus und Abweichen desselben nach rechts) beobachtete man flüchtige Schmerzen in beiden Schenkeln und Knieen sammt krampfartigen Contractionen der Wadenmuskeln, Gefühl von Taubheit in den Zehen bei anscheinend normaler Sensibilität. Keine Paralyse der Blase oder der Unterextremitäten. 2 Tage darauf Uriniren unmöglich. Dennoch vollständige Anästhesie an beiden Füssen sowie auf der Streckseite der Schenkel. Beine willkürlich nicht in Bewegung zu versetzen. Die Schmerzen in ihnen gesteigert. Nach weiteren 4 Tagen Besserung dieser Erscheinungen, aber nun Blasenkatarrh. Nach 4 Wochen kann Pat. seine Blase fast vollständig entleeren. Die Beweglichkeit der Beine kehrte nach und nach wieder. 1 Monat später geht Pat. mit Hülfe von Krücken. Eine Woche später Wiederherstellung des Gefühls, ausser einer kleinen Stelle auf der Streckseite beider Schenkel, woselbst es abgeschwächt ist. Blasenkatarrh ganz geheilt. Allgemeinbefinden gut. Entlassung.

Beckenfracturen wurden 3 behandelt, wovon 1 mit Tod endete. Rippenfracturen gab es 12 Mal. Die Behandlung bestand in horizontaler Lagerung (nur mit einer Rosshaarrolle unter dem Kopfe) und Heftpflasterbandage. Hierzu bediente man sich Streifen von etwa $1^1/_2$ Zoll Breite welche rund um die kranke Seite von den untersten Rippen bis herauf zur Axilla angelegt wurden. War ein Bruch der oberen Rippen vorhanden, so ging man mit den Streifen auch über das Schulterende der Clavicula und über das Acromion hinaus.

An Schlüsselbeinfractur wurde nur 1 Fall behandelt und zwar mit Sayre's Heftpflasterverband bei horizontaler Rückenlage.

Die Gypsverbände wurden immer direct auf das eingeölte Glied applicirt. In den Verband eingeschlossen wurden Holzschienen und überstrichen wurde er mit Wasserglas.

Fract. colli femoris kamen 2, Fract. femoris 8 vor. Einer von diesen litt an deutlich ausgesprochener Tabes; Callusbildung und Consolidirung erlitt dadurch keine Störung.

Bei Fractura patellae (2 Fälle) wurde ebenfalls Heftpflasterverband angelegt: es kam jedoch nicht zu einer soliden Heilung und die Kranken mussten mit Stützbandagen für das Knie versehen werden.

Unter den 29 Fällen von Fract. cruris waren 7 complicirt. 2 Mal musste Amputatio cruris gemacht werden.

Der Bericht scheint noch fortgesetzt werden zu sollen.

Sänger (Leipzig).

K. E. Helbig. Heusinger's Eisenbahn-Personenwagen als fahrendes Lazareth.

Dresden, **Conrad Weiske.** 1876. 60 S.

Verf. giebt eine Beschreibung des vom »Albertverein« und vom »Landesverein zur Pflege verwundeter und erkrankter Krieger im Königreiche Sachsen« zu Dresden zur internationalen Ausstellung nach Brüssel gesandten Eisenbahnwagens.

Der Wagen bietet im Allgemeinen den Comfort der 2. Wagenklasse. Er hat auf der einen Seite einen durchlaufenden Corridor, in welchen sich die nach der anderen Seite liegenden 4 sechssitzigen Coupé's vermittelst Schiebethüren öffnen; so dass auch während der Fahrt der Verkehr von Coupé zu Coupé, zum Closet und, da mit Geländern versehene Ueberlegbrücken die Verbindung mit den benachbarten Waggons herstellen, auch der Verkehr von Wagen zu Wagen bequem und ohne jegliche Gefahr möglich ist.

Durch leichte Umänderungen der auch im Frieden benutzten Einrichtung, ohne besondere noch mitzuführende Hülfsmaterialien, lassen sich in wenigen Minuten in jedem Coupé eine Längs- und eine Querlagerstätte für Schwerverwundete einrichten, wobei noch Platz zu einem Sitz für einen Leichtverwundeten resp. einen Wärter und einer hinter der früheren Sitzlehne verborgenen Waschtischeinrichtung bleibt. Nöthigenfalls können noch 7 Leichtverwundete auf Sitzplätzen im Corridor untergebracht werden.

Das Einladen der Kranken geschieht nicht von den an beiden Enden der Wagen befindlichen Plattformen aus, sondern von den Seiten direct durch die Coupéfenster, von denen zwei zu diesem Zwecke entfernt werden können, und zwar bei Schwerkranken, für die das quer angebrachte Lager zunächst bestimmt ist, auf der zu Friedenszeit im Coupé benutzten Rücklehne, die bei der Umwandlung als Matratze dient.

So können in dem Wagen mindestens 8 Schwerverletzte und 11 Leichtverwundete bequem untergebracht und während der Fahrt ohne Schwierigkeit behandelt werden.

Zudem besitzt jeder Wagen ein Closet und einen Toilettenraum, welcher eventuell als Apotheke dienen kann. Die Ventilation geschieht durch eine sehr gute Vorrichtung, welche besonders erst durch die Bewegung des Wagens in Wirkung tritt, die Erwärmung bei kalter Jahreszeit durch eine unter dem Boden befindliche Centralheizung. Die gemeinsame Oeffnung beider in den einzelnen Coupé's befindet sich an den Wänden dicht unter der Decke.

Boeters (Berlin).

Dittel. Ueber Lister's Wundbehandlung.

(Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 20. April 1877.)
(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 17.)

Aus dem betreffenden Vortrag ist besonders hervorzuheben, dass D. den Verband für absolut ungeeignet hält bei Wunden, wo dicke

Fettlappen an einander heilen sollen, oder wo Geschwülste eine grössere Höhle im dicken Panniculus adiposus zurücklassen. Alsdann treten durch Zersetzung des Fettes in der Wunde leicht Erysipele auf. (In Folge der Anwendung des Lister'schen Verfahrens? Red.) Ferner bei centralen Knochenleiden, die durch Granulation und Narbenbildung heilen, was durch offene Wundbehandlung rascher erzielt wird.

Die Lister'sche Behandlungsmethode ist durch eine andere zu ersetzen, 1) wenn die Heilung per primam intent. vollständig gelungen ist, 2) wenn sie völlig misslungen ist, 3) wenn die Wunde einen diphtheritischen Belag bekommen, der nicht durch Chlorzinklösung zu entfernen ist. **v. Mosengeil** (Bonn).

J. Lindpaintner. Ergebnisse der Lister'schen Wundbehandlung auf der chirurgischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses München l. Isar.

(Deutsche Zeitschr. für Chirurgie Bd. VII. p. 187.)

Verf. giebt eine vollständige tabellarische Zusammenstellung der in der Nussbaum'schen Abtheilung vom 1. April 1875 bis zum letzten März 1876 behandelten Kranken. Die Lister'sche Wundbehandlung wurde in dieser Zeit streng durchgeführt, und es wurden erheblich bessere Resultate erzielt, als früher, sowohl in Bezug auf Mortalität und accidentelle Wundkrankheiten, als auch in Bezug auf die Behandlungsdauer; was diese letztere anbelangt, so war der Durchschnitt derselben allerdings ziemlich gleich mit dem aus der früheren Zeit, doch hat dies seinen Grund darin, dass ein grosser Theil der Schwerverletzten, die sonst in wenigen Tagen an Pyämie und Nosokomialgangrän starben, erhalten und nach einer freilich oft langwierigen Behandlung geheilt wurden.

Die Gesammtzahl der in dem erwähnten Jahre behandelten Kranken beträgt 803, von diesen starben 80. Auf die Details kann natürlich hier nicht näher eingegangen werden, doch seien einige wichtigere Puncte hervorgehoben. Den Inhalt der Tabelle I bilden die grösseren Amputationen, Resectionen und die complicirten Fracturen; ihrer sind 35. Von diesen Fällen starben 11, und zwar 2 an Septikämie (1 bereits septikämisch aufgenommen), je einer an Myocarditis, Apoplexie, innerer Verblutung, zwei an Thrombosen der Lungenarterie, 4 an Fettembolie.

Von accidentellen Wundkrankheiten kamen unter allen Kranken vor: 6 mal Erysipel (2 mal nach Resectionen jauchender Gelenke, wo die Wunde nicht vollkommen aseptisch gemacht werden konnte, 1 mal bei einem Verletzten, der erst 8 Tage nach der Verwundung aufgenommen wurde, 1 mal bei einer perforirenden Wunde des Kehlkopfs, 1 mal nach Mammaamputation von einer entzündeten Submaxillardrüse aus, 1 mal bei fast geheilter Wunde nach Weglassen des Lister'schen Verbandes), 3 mal Septikämie (2 Fälle

bereits erwähnt, der 3. bereits septikämisch in Behandlung getreten), 3 mal Pyämie (1 mal nach Einführung einer Bougie bei Strict. urethrae, 1 mal bei Verjauchung des Ellbogengelenkes, wo nicht mehr operirt werden konnte, 1 mal bei einer jauchenden Wunde, die bei der Aufnahme schon seit 10 Tagen bestand). Nosocomialgangrän wurde in dem Berichtsjahre kein einziges Mal beobachtet.

Gersuny (Wien).

D. Foulis. Lecture on the behaviour of bloodclot under antiseptic conditions.

(Edinb. med. Journal 1877. Vol. I. p. 961.)

Während Blut ausserhalb des lebenden Organismus schnell zerfällt, geht es unter dem aseptischen Verbande bestimmte Umwandlungen ein. Das eine Mal wird es eliminirt, das andere Mal wird es erhalten und dient gewissermassen als weicher Schorf. Im ersteren, dem häufigeren Falle, gelangt Serum und Eiter an die untere Fläche des Coagulum und in 1—2 Tagen kann man leicht das Coagulum abwischen; es liegt eine granulirende Fläche zu Tage. Das Aussehen dieses Coagulum ist röthlich bis rehfarben, die Consistenz ist fest bis auf die untere Fläche, welche weich und grau erscheint. Unter dem Mikroskop ist die fibrilläre Structur fast geschwunden; vorwiegend finden sich Zellen, die rundlich bis oval, vielfach eckig und granulirt erscheinen, mit 1 seltener 2—3 Kernen; stellenweis sieht man gelbliches Pigment. Erweicht aber das Blutgerinnsel nicht, dann zeigt es sich am 5. Tage von röthlicher Farbe, fester Consistenz. Die Blutscheiben sind unregelmässig und enthalten Pigment; die weissen Blutkörperchen sind nicht spindelförmig, das Fibrin hat seine fibrilläre Structur beibehalten. Am 12. Tage ist das Coagulum derb, grau, dem unterliegenden Gewebe adhärent; Fibrillen lassen sich leicht isoliren, die vielfach veränderten Blutkörperchen sind noch zu erkennen. Blutgefässe sind in der Regel nicht vorhanden. Dagegen finden sich Gefässe in der allseitig das Coagulum umschliessenden Grenzschicht. Vom Ende der ersten Woche an treten Hämatoidin-Krystalle auf. Diese Umwandlungen sind keine Wirkungen der Carbolsäure. Zeichnungen illustriren die mikroskopischen Befunde.

Pilz (Stettin).

H. Tillmanns. Untersuchungen über die Unzuverlässigkeit der Versilberungsmethode für die Histologie der Gelenke.

(Virch. Archiv LXVII. p. 1876.)

Bekanntlich hat Schweigger-Seidel gegen die Richtigkeit der Resultate, welche Hueter u. A. vermittelst der Silberbehandlungsmethode an den Synovialmembranen erhalten haben, gewichtige Einwürfe gemacht. Verf. hat sich von der Richtigkeit dieser Einwürfe durch eigene Untersuchungen überzeugt. Nach der Ansicht von T. ist es gerathen, bei der histologischen Untersuchung der Gelenke von der

Anwendung der Versilberungsmethode abzusehen, jedenfalls aber ist es durchaus nothwendig, die Silberbilder durch Controluntersuchungen hinsichtlich ihrer Zuverlässigkeit zu prüfen.

Argent. nitr. und ebenso andere Metallsalze bilden mit Eiweisslösungen, also auch mit der eiweissreichen Synovia, »Häutchen«. In solchen auf dem Objectträger mit reiner Synovia erhaltenen Silber-Synovia-Häutchen treten, wenn dieselben mit Alkohol, Glycerin behandelt werden, wahrscheinlich in Folge der Wasserverdunstung, Schrumpfungsprocesse auf. Es zeigen sich Spalten oder Liniensysteme von gewisser Regelmässigkeit. — Ebenso nun, wie auf dem Objectträger, entstehen bei der Versilberung der Synovialmembran und der Knorpelfläche auch Silberalbuminathäutchen mit Spalten von einer gewissen Regelmässigkeit. Die Synovia ist der Synovialintima und dem Gelenkknorpel nicht blos oberflächlich aufgelagert, sondern durchsetzt das Gewebe bis zu einem gewissen Grade, so dass sorgfältiges Abwaschen mit HO nicht genügt, um die Häutchenbildung zu verhindern. Sind die Häutchen nicht zu dick, so schimmern die unterliegenden Knorpelzellen, Kerne des Synovialendothels, Theile von Blut und Lymphgefässen durch sie hindurch. Die Veränderungen der aufgelagerten Silber-Eiweissschicht und die mehr oder weniger sichtbare Gewebsstructur der Unterlage vereinigen sich zu Bildern, die zu falschen Schlüssen Veranlassung geben müssen. — Die Silber-Synovia-Häutchen lassen sich von der Unterlage isoliren, am leichtesten, nachdem man die Präparate einige Tage in Glycerin macerirt, unter Zufügung eines Tropfens nicht ganz concentrirter Lösung von unterschwefligsaurem Natron. Ebenso sind die Silberbilder durch concentrirte Lösungen von unterschwefligsaurem Natron in 40—45 Min. ganz zum Verschwinden zu bringen und es zeigt sich dann wieder, besonders auch nach Färbung der entsilberten Präparate mit Hämatoxylin, die wahre Structur der Unterlage, des Knorpels, der Synovialmembran. Die »keratoiden« Silberbilder sind als reine Kunstproducte anzusehen und haben nichts mit der Structur der Gewebsunterlage zu thun. Sie entstehen sowohl auf der endothellosen Fläche des Gelenkknorpels, als auch auf der mit Endothel bedeckten Innenfläche der Synovialmembran. Die weissen sternförmigen, mit einander communicirenden Lücken des Silberhäutchens werden dadurch gebildet, dass die Kerne des Endothelhäutchens durch das Silberhäutchen hervorragen, dass die dadurch gesetzten Lücken sich durch Spalten verbinden, und zwar hier ähnlich, wie in jenen Silberhäutchen, welche durch Versilberung eines auf dem Objectträger ausgebreiteten Tropfens Synovia entstehen. Dasselbe gilt von der Entstehung der keratoiden Bilder auf den Knorpelflächen. — Auf der Synovialintima beobachtet man übrigens noch eine zweite Art keratoider der Zeichnungen. Auch hier ist es eine aufgelagerte Eiweiss-Silberschicht, welche das Endothel verdeckt. Wahrscheinlich sind die helleren Räume in dem dunklen, braunen Grund subendotheliale Lymphbahnen, welche durch das hier verschieden dicke und verschieden durchsichtige Silberhäutchen durchschimmern.

Madelung (Bonn).

Terrillon. De l'influence des lésions traumatiques des troncs des nerfs mixtes sur la calorification. —

(Gaz. méd. de Paris 1877. No. 21.)

Verf. beobachtete nach einer Contusion des linken Oberarmes mit sofort erfolgender Lähmung der Hand und des Vorderarmes eine beträchtliche Herabsetzung der Temperatur der gelähmten Seite, Temperatur der rechten Hand 30,5 der linken 23,9. Neuritis des linken Medianus, Ulnaris und Radialis; Heilung.

Verf. knüpft an diesen Fall folgende Bemerkungen:

Völlige Trennung eines gemischten Nerven ruft gleich nach der Verletzung eine Erhöhung der Temperatur hervor. Nach einigen Monaten findet man die betreffenden Partien kälter, als die der andern Seite (Mittchell, Hutchinson, Erichsen). Theilweise Trennung ergiebt nach einiger Zeit Herabsetzung der Temperatur (Mittchell).

Erkältung eines Nerven bewirkt erst Herabsetzung der Temperatur an den von ihm versorgten Theilen, dann aber hebt sich die Temperatur und es tritt Paralyse ein (Waller). Compression setzt neben Paralyse die Temperatur herab, erhöht sie aber niemals (Waller, Mittchell). —

Th. Kölliker (Würzburg).

L. Marcuse. Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Brüche der untern Epiphyse des Humerus und Femur.

Inaug.-Diss. Breslau 1877.

Angeregt durch die Versuche Madelung's über das Zustandekommen der T- und Y-Brüche der untern Epiphyse von Humerus und Femur, Versuche, die bekanntlich die Keilwirkung von Olecranon und Patella als ursächliches Moment hinstellen, unternahm Verf. an einer grössern Reihe Leichen die folgenden Experimente, deren Ausführung in einigen Puncten wesentlich von den Madelung'schen abweicht. Denn indem Verf. den zu fracturirenden Knochen nicht wie Madelung in einen Schraubstock einklemmte, sondern das Glied durch die Hände eines Assistenten halten liess, blieb einerseits die federnde Befestigung des Humerus und Femur im Schulter- und Hüftgelenk gewahrt, anderseits war die Gefahr vermieden, durch allzufestes Anziehen der Schraube dem Knochen vielleicht eine abnorme Brüchigkeit zu verleihen. Unter diesen Verhältnissen fand sich nun, dass auf eine Schlagrichtung, die bei gebeugtem Ellbogen- und Kniegelenk Olecranon und Patella zwischen die Condylen eintrieb, nur ausnahmsweise T- und Y-Brüche zu Stande kamen; meist war Patella und Olecranon comminutiv fracturirt, ohne dass eine Fissur im Knochen entstanden war; bei ältern Individuen wurden Querbrüche über den Condylen hervorgerufen. War hingegen die Schlagrichtung eine solche, dass bei stark flectirtem Ellbogen- und Kniegelenk, Olecranon und Patella entweder gar nicht oder höchstens nur

an der Spitze getroffen wurden, so entstanden am untern Ende des Humerus beinahe immer T- und Y-Fracturen, am Femur neben diesen Brüchen auch noch längsverlaufende. Auch wenn das Olecranon lateralwärts luxirt, oder resecirt worden war mit nachfolgender Vereinigung der Weichtheile durch die Naht, so brachte ein Schlag nur T-Fracturen zu Stande. Nach Resection der Patella konnten ebenfalls in verschiedenen Fällen T-Fracturen erzeugt werden, freilich wiederum abwechselnd mit einfachen Längsbrüchen. Auch eine weitere Versuchsreihe, bei der die Epiphysen von allen Weichtheilen entblösst und der Schlag direct auf die Gelenkflächen geführt wurde, ergab an der Humerusepiphyse nur T-, resp. Y-Brüche, an der Femurepiphyse neben diesen noch einfache Längsbrüche. Versuche endlich, die hauptsächlich das Verhältniss der Schlagrichtung zur Axe des zu fracturirenden Gliedes berücksichtigten, zeigten, dass nach der Entfernung des Olecranons bei Einwirkung des Schlages in der Richtung der Axe des Humerus T-Brüche sich bildeten, bei schräger Einwirkung derjenige Condylus absprang, der zumeist getroffen war; wirkte endlich die Gewalt rechtwinklig oder schräg zur Queraxe des Olecranons, so kamen wiederum T-Brüche zu Stande.

Hack (Freiburg i/B.).

Notta. Nevrome du nerf médian, resection du nerf. Troubles trophiques. Guérison.

(Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie de Paris 1876. Tome II.)

Ein 45jähriger Mann hatte in Folge eines Schlages vor 3 Jahren am rechten Vorderarm ein kleines Knötchen bekommen; seit einiger Zeit bestehen bei Witterungswechsel Schmerzen im Unterarm. Das Knötchen ist hart, verschieblich und liegt auf der Volarseite des Unterarms nach aussen von der Mittellinie; jede Insultation desselben verursacht heftige Schmerzen. N. führt am 14. Sept. 1875 die Exstirpation des Knötchens aus. Ein 4 Ctm. langer Schnitt bis durch die Aponeurose legt den Nerv. median. frei, in dem das Knötchen liegt. Der Nerv wird isolirt, 5 Mm. oberhalb und unterhalb des Knötchens mit einem Silberfaden durchbohrt und zwischen diesen Fäden ein 3 Ctm. langes Stück resecirt. Bei Beugung der Hand werden die durchschnittenen Nervenenden mittelst der geknoteten und kurz abgeschnittenen Silberfäden in Contact gebracht, die Wunde vernäht und mit Charpie und Alkohol verbunden. Am nächsten Tage wird völlige Anästhesie im Bereich des Nerv. medianus constatirt. Das exstirpirte Knötchen, 2,7 Ctm. lang, zeigt sich mikroskopisch als Fibro-Sarcom des Medianus, noch durchsetzt und umkleidet von Resten des Nerven, dessen Elemente grossentheils regressiv metamorphosirt sind.

Während die Operationswunde, nachdem ein Erysipel überstanden, bis zum 12. Oct. vernarbt, verkleinert sich unter andauernden Formicationen die anästhetische Hautstelle stetig. Am 2. Nov. er-

folgte neuer Aufbruch der Wunde mit Ausstossung der Silberfäden; wenige Tage darauf entstanden auf der Vola der Endphalangen des 2. und 3. Fingers Blasen, die unter stark entzündlichen Erscheinungen zur Bildung tiefer Schorfe führen. Schon vorher war am 3. Finger die Sensibilität völlig hergestellt; die Schorfe lösten sich langsam, und erst Ende Mai vernarbte der 3. Finger. Es kann demnach diese trophische Störung nicht als einfache Folge der Anästhesie angesehen werden.

N. hält die Naht der Nervenenden, obwohl keine prima intentio eintreten könne, doch deshalb für wichtig, weil wegen der Kürze der Narbe die Regeneration schneller eintreten kann. — Bei der über den Vortrag eröffneten Discussion bestätigt Verneuil, dass prima intentio der Nerven nicht erfolgen könne. Aus der Wiederherstellung der Sensibilität könne man übrigens noch nicht auf Wiederherstellung der Nervenleitung schliessen. Die Sensibilität stelle sich in der anästhetischen Stelle von der Peripherie nach dem Centrum fortschreitend her, durch vicariirend auftretende collaterale Innervation. Er sah einen Fall, in dem die Sensibilität durch Trennung des Nerven gar nicht gestört wurde. In Folge einer Radiusfractur wurde bei einem jungen Mädchen ein zu fester Verband angelegt, der Druckgangrän und Muskelretraction veranlasste (Greifenklaue). Die Sensibilität war völlig erhalten. V. nahm eine Verwachsung der Sehnen an, und versuchte operative Lösung. Bei dieser Gelegenheit durchschnitt er einen 2 Mm. dicken Nervenstrang, den er für den Medianus hielt. Die Sensibilität war später in keiner Weise gestört.

Terrier hält die Nervennaht für gefährlich, da sie Neuritis veranlassen könnte. Er sah in einem Falle erst Blasen- und Escharabildung eintreten, als man den durchtrennten Nerv zu nähen versucht hatte.

Paulet stimmt Verneuil bei, dass Hautsensibilität kein Beweis für Wiederherstellung der Leitung im durchtrennten Nerv sei, wohl aber sei es die Wiederherstellung der activen Beweglichkeit. Die Muskeln werden (im Gegensatz zur Haut) meist nur von 1 Nervenstamm aus innervirt.

Ledentu sah ebenfalls in einem Falle von fast vollständiger Durchschneidung des Medianus und völligem Sensibilitätsverlust die Sensibilität von der Peripherie aus sich wiederherstellen. Da jedoch Neuritis und trophische Störungen nach der Nervennaht durchaus nicht regelmässig auftreten, könne man letztere immer versuchen.

Notta räumt ein, dass die Sensibilität collateral hergestellt werden könne, die Leitung im Nerven könne sich aber auch neu bilden. Er sah einen Fall von Quetschung des Arms, in dem völlige sensibele und motorische Lähmung neben Pulslosigkeit bestand, und in welchem im Laufe von 18 Monaten Motilität und Sensibilität sich wiederherstellten. Die Reparation konnte keine collaterale sein, da alle Stämme gleichmässig ausser Thätigkeit gesetzt waren. —

In einer weiteren Mittheilung giebt Notta an, er habe sich

mittlerweile davon überzeugt, dass bei seinem Patienten Sensibilität und Motilität beider Hände gleich normal, die Muskeln der Hand in keiner Weise atrophisch seien. **A. Genzmer** (Halle a/S.).

A. Lüning. Ueber die Blutung bei der Exarticulation des Oberschenkels und deren Vermeidung.

Zürich, **Fr. Schulthess,** 1877. 123 S.

Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, an der Hand des mit ausserordentlichem Fleisse gesammelten, wohl gesammten bisher veröffentlichten Materials die Ursache der schlechten Mortalitätsverhältnisse bei Hüftgelenksexarticulationen zu erforschen. Nach einer kurzen Einleitung über die Geschichte der Hüftgelenksexarticulation, die Indicationen und die Zeit der Ausführung weist er an Zahlen seines zusammengestellten Materials nach, dass die Hauptgefahr der Operation und die Ursache der vielen Todesfälle in dem Blutverluste zu suchen sei, den die bisherigen Operationsverfahren mit sich führten. Gegen 70 % aller Todesfälle kamen während oder einige Stunden nach der Operation durch Blutverlust zu Stande, während die Zahl derjenigen, die durch Chloroform, Complicationen etc. zu Stande gekommen sind, verhältnissmässig klein ist.

Die Veranlassung der oft enormen Blutung liegt in den anatomischen Verhältnissen; es befinden sich eine grosse Anzahl sehr starker Blutgefässe in dem Operationsfelde, die während der Operation zu comprimiren nicht möglich ist. So die Art. femoralis, femoralis profunda, obturatoria, glutaea, ischiadica; Gefässe, die in ihrem Verlaufe und ihrer Grösse nicht allein erheblichen Schwankungen unterworfen sind, sondern auch durch starke Anastomosen unter einander und mit den Gefässen des Beckens so innig zusammenhängen, dass das eine leicht compensatorisch für das andere eintreten kann, und die Compression des einen nur eine um so stärkere Blutung des anderen verursacht. Erhebliche Blutungen sind auch aus dem centralen, wie peripheren Ende der grossen Schenkelvenen beobachtet.

Daraus ergiebt sich, dass von der Compression der Art. femoralis am Schambein oder deren vorherigen Unterbindung daselbst kein Einfluss auf die Blutung zu erwarten ist; ebenso wenig von der Unterbindung der Art. iliaca externa. Eine Compression der sämmtlichen Blutgefässe nach Esmarch ist kaum mit Sicherheit anzubringen. Bessere Erfolge hat ein Aortentourniquet, doch darf dasselbe nicht gleichzeitig die Vene comprimiren, ist zudem sehr hinderlich bei der Narkose und kann durch Druck auf die Unterleibsorgane direct schädlich werden.

Nach diesen Erörterungen, die sämmtlich durch statistische Belege erhärtet sind, kommt Verf. zur Schilderung der von Rose zuletzt geübten Operationsmethode, die sich frei von diesen Nachtheilen gezeigt hat. Die Hauptsache dabei ist, dass die Weichtheile schichtweise

von Aussen nach Innen durchtrennt werden und jedes spritzende Gefäss sofort doppelt unterbunden wird. Ohne Compression der Art. femoralis wird mit einem gewöhnlichen Scalpell der Hautlappen umschnitten und zurückpräparirt, dann mit demselben Instrumente die Muskulatur schichtweise durchtrennt, indem sie vor der Durchschneidung oberhalb des zu führenden Schnittes und unterhalb vom Assistenten und Operateur zwischen den Fingern comprimirt wird, so dass nie eine stärkere Blutung aus den Muskelgefässen stattfinden kann. Jedes Gefäss wird sowohl central, wie peripher sofort unterbunden. Art. und Ven. femoralis werden blossgelegt, isolirt, doppelt unterbunden und zwischen den Ligaturen erst durchtrennt; ebenso wird mit allen stärkeren Gefässen verfahren. Nachdem so der vordere Lappen gebildet, und das Gelenk freigelegt ist, wird auf ganz gleiche Weise mit demselben kleinen Scalpell der hintere Lappen präparirt und schliesslich exarticulirt. Auf diese Weise ist es allein möglich, die Blutung auf ein Minimum zu beschränken; allerdings dauert die Operation bedeutend länger und bedarf es einer grösseren Zahl von Ligaturen.

Verf. lässt darauf drei Fälle von Hüftgelenksexarticulationen folgen, die in letzter Zeit von Rose gemacht sind, und zwar die letzte streng nach der oben beschriebenen Methode, von denen der erste Fall in Folge zu grossen Blutverlustes vor und bei der Operation zu Grunde ging.

Nachdem dann die Mortalitätsstatistik nach der Zeit, die seit der Operation verflossen, und nach der Indication nochmals tabellarisch dargestellt ist, schliesst eine Tabelle, in welcher sämmtliche bekannt gewordenen 497 Fälle kurz nach Zustand vor der Operation, Operationsmethode und Ausgang zusammengestellt sind, die verdienstvolle Arbeit. **Boeters** (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Lossen. Die Bluterfamilie Mampel aus Kirchheim bei Heidelberg.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. VII. p. 358.)

Die sehr interessante Beobachtung umfasst 3 Generationen einer Bluterfamilie, deren Stammeltern gesund und von gesunder Abkunft waren. Die 3 Generationen, durch welche sich die Krankheit zieht, umfassen über 100 Glieder, unter welchen 17 Bluter waren, von denen 9 an Verblutung starben. Die Krankheit wurde nur durch die weiblichen, selbst immun gebliebenen Familienglieder vererbt, während die Kinder der männlichen, an Hämophilie leidenden Familienglieder von der Krankheit des Vaters verschont blieben. **Gersuny** (Wien).

J. S. (Smoleńsk). Ein Fall von Quecksilberintoxication in Folge von Quecksilbereinräucherung.

(Medycyna 1877. No. 6. polnisch.)

Einer 40jährigen, sonst gesunden, nur zufällig an Herzgrubenschmerz leidenden Frau haben andere Frauen als Gegenmittel eine Einräucherung mit 2 Scrupeln über einen erhitzten Stein geschütteten Quecksilbers angerathen. Die Frau, die über diesem Steine sass, wurde nach 3 Minuten ohnmächtig und musste zu Bett liegen.

Am dritten Tage stellte sich Blutbrechen ein und wurde Blut auch im Kothe vorgefunden. Hyperaesthesie besonders im Gesichte: Schlafsucht, Appetitlosigkeit, Mattigkeit in den Gliedern. Trotz energischer Jodkalidosen und Schwefelbäder trat der Tod 10 Tage nach der Einräucherung ein. **Obaliński** (Krakau).

A. Bidder. Zur Behandlung der Pseudarthrosen mittelst Einbohren von Elfenbeinstiften.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 4.)

B. macht darauf aufmerksam, dass Bergmann seinen Vorschlag, »die zur Operation der Pseudarthrose beim Menschen benutzten Elfenbeinstifte, falls sie nicht zu stark reizen, kurz abzuschneiden, und sie in den Knochen vollständig einheilen zu lassen, anstatt sie nach einigen Wochen wieder herauszuziehen u. s. w.« in einem Falle von Pseudarthrose der Tibia bei einem 33jährigen Manne erfolgreich angewendet habe, wie C. Reyher in der Petersburger med. Wochenschrift No. 33. 1876 mittheilt. — (Ref. hat die beschriebene Art der Pseudarthrosen-Behandlung mit Elfenbeinstiften bereits im Jahre 1869 von v. Langenbeck und später auch von anderen Chirurgen gesehen und selbst nie anders gemacht.)

Maas (Freiburg i/B.).

A. Thurman. Caso di cloasma cachecticum con vitiligine in un vecchio.

(Annali univ. di Medicina e Chirurgia 1877. März.)

Ein 59jähriger Mann, seit einiger Zeit in grossem Elend, zeigt seit drei Jahren auffällige Pigmentveränderungen an der Haut. Fast der ganze Körper zeigt hellweisse Flecke von der verschiedensten Grösse, während die Haut zwischen den weissen Flecken stärker pigmentirt ist. Verf. nimmt als Ursache die schlechte Ernährung an. **Menzel** (Triest).

A. Bosisio. Storia di una ferita di testa con frattura del cranio e perdita di sostanza cerebrale.

(Giornale veneto 1877. März.)

Ein 12jähr. Knabe erlitt durch Fall eine complicirte Fractur des Stirnbeins mit Depression und Vorfall von Hirnmasse. Entfernung dreier Knochenfragmente, weiterer Vorfall von gangränescirender Hirnmasse, Hemiplegie der entgegengesetzten Seite; vom 11. Tage entschiedene Besserung und nach ungefähr zwei Monaten vollkommene Heilung. **Menzel** (Triest).

Dauvé. Epithéliome ulcéré de la base de la langue et du pharynx. — Tumeur cervicale de même nature. — Mort par hémorrhagie de l'artère faciale.

(Bulletin de la société de chirurgie. Séance du 1. Mars 1876.)

Ein 52jähriger Soldat wünschte von einer enorm grossen Geschwulst am Halse befreit zu werden. Pat., ein grosser, einst kräftig gewesener, jetzt kachektisch aussehender Mann, ist seit 2 Jahren krank; die Geschwulst nimmt $^2/_3$ der rechten Nackengegend ein und ist nach dem Munde zu aufgebrochen. Lezterer ist schwer zu öffnen. Der 15 Ctm. lange, 7 Ctm. breite Tumor, erstreckt sich vom Ohrläppchen bis 2 Ctm. über die Artic. sterno-clavic. sinistr., nimmt die Regio parotid. in ihren 2 unteren Dritteln; die ganze Regio supra- und infrahyoid. und die Regio carotidea ein. Der Unterkiefer ist völlig von dem harten, höckerigen, nicht schmerzhaften Tumor umfasst, doch nicht mit ihm verwachsen. In dem mit Mühe etwas geöffneten Munde konnte D. enorme ulceröse Zerstörungen nachweisen.

Pat. befand sich bei seiner Aufnahme bereits in beginnendem septischen Zustande. Respiration und Schlingen sehr erschwert. Am 5. Tage Morgens plötzlich eine Blutung aus Mund und Nase und trotz Compression der Art. carot. commun., rascher asphyktischer Tod, da sich der Kieferklemme wegen das Blut nicht nach aussen ergiessen konnte. — Die Hauptmasse der Geschwulst bestand

aus degenerirten Lymphdrüsen. Die A. facialis war, 1 Ctm. von ihrem Ursprunge entfernt, durch die ihr anliegenden Geschwulstulcerationen usurirt worden. Die mikroskopische Untersuchung erwies den Tumor als Epitheliom.

D. präsentirt, an diesen Fall anknüpfend, die photographische Abbildung eines anderen von ihm an einem jungen Araber beobachteten ähnlichen Tumors. Ausgehend vom vorderen Mediastinum war der Tumor im linken Thoraxraume, mit Verdrängung des Herzens nach rechts unten, adhärirend am Pericardium und an der linksseitigen Pleura, längs Trachea und Larynx, zum Halse heraufgewachsen; in der fossa supraclavic. sin. sass ausserdem ein kindskopfgrosser Tumor.

Die Diagnose auf Carcinom (nach unserer Anschauung und Nomenclatur der Geschwülste wohl ein »malignes Lymphom«. Ref.) war unschwer zu stellen, aber wo war sein Ursprung zu suchen?

Pat. starb nach 4 Wochen an einer linksseitigen eitrigen Pleuritis.

Bei der Obduction fand sich ein enormes Neoplasma, das fast den ganzen linken Thoraxraum einnahm, nach aufwärts sich verbreitend die ganze linke Halsseite umfasste und den Larynx stark nach rechts hin verschob, ohne hierdurch aber die Respiration erheblich zu stören. Der Druck auf die Gefässe hatte das bei Lebzeiten des Pat. starke Oedem des Armes und der linken Brustseite verursacht. **Fr. Steiner** (Wien).

St. Oldoini. Sopra una nuova cura del croup.

(Annali univ. di Medic. 1877. März.)

Nach dem Vorschlage von Trideau verordnete O. bei Croup innerlich balsamische Mittel und zwar Copaivabalsam und Cubebenpulver in folgender Vorschrift:

Copaiva 80,0.
Gummi 20,0.
Wasser 50,0.
Menthaessenz gtt. 14. alle 2 Stunden einen halben Esslöffel

Cubebenpulver 12,0.
Einfacher Syrup 240,0.
Ebenfalls alle 2 Stunden einen Esslöffel, für Kinder die halbe Dosis von beiden Medicamenten.

T. ging von der Ansicht aus, dass der Croup nur ein potenzirter Katarrh sei, und da die balsamischen Mittel in acuten Katarrhen der Schleimhäute nützlich sind, versuchte er sie auch im Croup, respective bei Diphtherie. Während O. früher fast sämmtliche Fälle von Croup verlor, heilte er durch energische Anwendung dieser Cur 5 Fälle hintereinander. **Menzel** (Triest).

G. Y. Heath. Tying the left subclavian artery in its third part for axillary aneurism with an antiseptic catgut ligature.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 384. 417.)

Da die Ligatur der Subclavia wegen Aneurysmen dieser Arterie wenig gute Resultate aufzuweisen hat, so veröffentlicht Verf. diesen glücklich verlaufenen Fall. Derselbe betraf einen 48jähr. Mann, der nie syphilitisch, nie Trinker gewesen, seit $^1/_2$ Jahr über eigenthümliche Schmerzen in der linken Schulter klagte. Seit 4 Monaten bemerkte er die beginnende Schwellung in der Achselhöhle, die gleichmässig wuchs, jetzt alle Erscheinungen eines Aneurysma darbot. 28. Nov. 1876. Ligatur der Subclavia, mit derselben erlosch das Klopfen im Aneurysma, 2 Tage später war der Puls in der Radialis wieder deutlich. Heilung der Wunde ohne Zwischenfall. Nach 6. Wochen verliess Pat. das Hospital. Das Eingeschlafensein der Finger war geschwunden; die Kraft im Arme wieder hergestellt; der verkleinerte aneurysmatische Tumor war nicht hart. **Pilz** (Stettin).

Nicaise. Corps étranger de la vessie.

(Bulletin et mémoire de la société de chirurgie de Paris 1877. März.)

Ein 70jähriger Mann hatte sich einen grünen Kornhalm in die Harnröhre eingeführt, welcher, nachdem er abgebrochen, in der Blase verschwunden war. Acht Tage später liess er sich behufs Entfernung des Fremdkörpers in ein Krankenhaus

aufnehmen und wurde hier die Extraction des etwa 17 Ctm. langen Kornhalms mittelst des löffelförmigen Lithotriptors leicht ausgeführt. Pat. verliess am anderen Tage geheilt das Krankenhaus. **Stahl** (Berlin).

C. Heath. Injury to pelvis with rupture of bladder and abdominal aorta; death.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 682.)

Einem Arbeiter war ein 20 Centner schwerer Gegenstand auf den Leib gefallen. Nach der Aufnahme im Hospitale fand man denselben hochgradigst ergriffen, bleich, er klagte über Schmerzen in der Schamgegend und in der linken Leistengegend. Das Scrotum erschien geschwollen. Eine Fractur war nicht zu entdecken. Vielfaches Erbrechen. Mittelst Katheter wurden 2 Theelöffel voll blutiger Flüssigkeit aus der Blase entleert; in der Nacht blandes Delirium, heftiges Erbrechen, $1/2$ Pinte Urin wird entleert durch eingelegten Katheter. Der Leib nicht aufgetrieben aber schmerzhaft, besonders in der linken Leiste. Pat. stirbt 26 Stunden nach der Verletzung. Section: In der Bauchhöhle einige Unzen blutig seröser Flüssigkeit; subperitoneale Blutaustretungen in beiden Lumbar- und Darmbeingegenden bis zum Becken hinabreichend; Netz mittelst frischer Exsudate den Eingeweiden angelöthet. Die Blase von den Schambeinen abgelöst zeigte auf ihrer Höhe einen Längsriss, ist selbst leer. An der Theilungsstelle der Aorta ein erbsengrosses Loch, das durch ein Blutcoagulum verschlossen ist. Das Peritoneum an dieser Stelle intact. Die Symphysis pubis und sacro-iliaca gelöst. — **Pils** (Stettin).

Forestier. Hypertrophie totale de la prostate. —

(Gaz. des hôpit. 1876. No. 94.)

Verf. theilt die Krankengeschichte eines 76jährigen Mannes mit, welcher schon seit mehreren Jahren gezwungen war, sich wegen hochgradiger Prostatahypertrophie den Urin mit einem Katheter abzunehmen.

Eines Tages, als die Einführung desselben in die Blase nicht gelingen wollte, suchte er behufs Beseitigung der Retentio urinae die Hülfe des Verfasser's nach, der jene jedoch ebenso wenig wie die zwei anderen noch hinzugezogenen Aerzte in der üblichen Weise zu heben vermochte.

In Folge dessen nahm man alsbald, da periculum in mora war, zur Paracentesis vesicae über der Symphysis ossium pubis seine Zuflucht.

Nach der Entleerung des Harns und der Herausnahme des Troikars wurde durch den Stichcanal ein Kautschukkatheter in die Blase geführt und liegen gelassen.

Der Katheter, am Hosengurt befestigt und zur Verhinderung des steten Abfliessens des Urins an seiner Ausgangsmündung mit einem Pfröpfchen verschlossen, ermöglichte es dem Kranken bald, seinen gewohnten Geschäften wieder obzuliegen. Befinden nach einem Jahre noch dasselbe. — **Pauli** (Cöln).

Cartaz. Sur les ulcères des jambes chez les albuminuriques.

(France med. 1877. No. 37.)

An der Hand von zwei selbst beobachteten und unter Zuziehung eines von Paget berichteten Falles macht C. auf den (bekannten) Einfluss von Nierenerkrankungen auf den Heilverlauf von Unterschenkelgeschwüren aufmerksam. — Tood nimmt an, dass die urämische Durchseuchung des Blutes die Ernährung der Gewebe störe und sie zur schnellen Degeneration prädisponire. Die chemischen Veränderungen des Harnstoffs machten nach Frerichs das Blut zu einem local wirkenden Irritament. Nach C. muss man einerseits das Oedem und die Circulationsstörungen, andererseits die Veränderung in der Blutmischung und eine Degeneration des arteriellcapillaren Gefässsystems zur Erklärung heranziehen.

Viertel (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 31. **Sonnabend, den 4. August.** **1877.**

C. **Weigert**, A. **Hiller**. Zur Bacterienfrage.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 3, 6, 18 u. 19.)

H.'s Arbeit, über welche wir bereits vor Kurzem in No. 17 des Centralbl. kurz berichteten, hat zu einer Entgegnung seitens W.'s Anlass gegeben, welche in ihrem wesentlichen Theile polemischer Natur ist, gleichzeitig aber eine kurze Uebersicht der Argumente für den Parasitismus der Infectionskrankheiten enthält.

W. geht von der Ansicht aus, dass die parasitäre Aetiologie für einige Krankheiten (Milzbrand und Recurrens) erwiesen, für andere wahrscheinlich sei, und sucht Letzteres näher zu begründen. Er stützt sich dabei namentlich auf den Nachweis des Vorkommens niederer Organismen (meist Micrococcen) bei diesen Krankheiten, ferner auf die Art ihres Auftretens bei denselben, nämlich ihre circumscripte Anhäufung im erkrankten Gewebe, welche nach ihm fast allein »die Hauptstütze der ganzen Lehre« bildet. Gegenüber dem Vorkommen von unschädlichen Bacterien (Micrococcen) führt er

mehrfache Gründe an, welche die Annahme einer Verschiedenheit morphologisch gleicher Organismen rechtfertigen: das verschiedene biologische Verhalten derselben bei Uebertragung in anders zusammengesetzte Nährflüssigkeiten (Billroth), das Vorkommen gefärbter und ungefärbter Arten, ihr theilweis verschiedenes Verhalten gegen Reagentien und endlich Beispiele aus anderen Gebieten (Zucker und Morphium, Schierling und Petersilie). Analog diesen Beispielen denkt er sich auch ihre Schädlichkeit weniger mechanisch, als vorzugsweise biochemisch, d. h. durch Erzeugung specifisch giftiger Stoffe, welche Erzeugung dann jedoch immer an das Vorhandensein und die Vermehrung dieser Organismen gebunden ist. Die Wahrscheinlichkeit resp. Zulässigkeit dieser Hypothese wird an einzelnen Beispielen, besonders des Milzbrandes, erläutert.

Hiller geht — wie wir aus der citirten Arbeit nachholen — von der Thatsache aus, dass die für gewöhnlich und in ausserordentlicher Verbreitung in der Natur vorkommenden Schizomyceten für Thiere und Menschen nachweislich unschädlich sind, dass dieselben massenhaft an der Oberfläche und in den der Luft zugänglichen Höhlen des Menschen wuchern, ohne ihm zu schaden.

Ebenso sei für die giftig wirkenden septischen resp. putriden Stoffe durch Experimente (cfr. Centralbl. f. Chir. 1876, No. 10 u. ff.) über allen Zweifel sicher gestellt, dass ihre Giftigkeit von dem Leben und der Gegenwart niederer Organismen, von welchen sie erfüllt sind, nicht abhängt, dass vielmehr diese Organismen, ohne die chemisch wirkenden Faulstoffe, für Menschen und Thiere unschädlich sind. — Eine Verschiedenheit morphologisch gleicher Micrococcen giebt H. durchaus zu; nur könne aus dieser Verschiedenheit noch nicht ihre Schädlichkeit gefolgert werden. — Bezüglich des Vorkommens von Micrococcen bei infectiösen Krankheitsprocessen hebt H. hervor, dass dieselben, wie neuere Untersuchungen mehr und mehr darthun, in gleicher Weise auch bei nicht infectiösen Krankheiten auftreten. Er führt zahlreiche Beobachtungen an, wo kleinste Organismen verschiedener Formen in reichlichster Menge gefunden wurden unter Verhältnissen, welche ein Eindringen von Aussen oder eine Infection bestimmt ausschlossen (Traumen, Quetschungen ohne Wunde, Entzündungen und Abscesse aus gewöhnlichen Ursachen, ferner künstlich erzeugte pathologische Processe, z. B. durch Einspritzung von Chemikalien, welche gleichzeitig als Gifte für Bacterien bekannt sind). In allen diesen Fällen war die Entwickelung von Microorganismen nicht die Ursache, sondern die Folge der krankhaften Störung. Dies erklärt H. aus dem von Billroth, Tiegel u. A. geführten Nachweise, dass der lebende Körper fast beständig die Keime niederster Wesen in sich führt, welche Keime theils nach dem Tode des Individuums sich weiter entwickeln, theils schon im Leben desselben zur Vegetation gelangen, wenn durch gewisse krankhafte Störungen die Bedingungen ihres Gedeihens günstiger wurden. — H. betont dabei als wichtiges Argu-

ment die Gleichartigkeit des Auftretens von Microorganismen bei infectiösen, wie bei nicht infectiösen Krankheitsprocessen: auch hier fanden sie sich nur am Orte der pathologischen Störung und innerhalb des Bereichs der Wirkungsäusserung der Schädlichkeit, auch hier, z. B. bei Phlebostenose, dieselbe circumscripte Anhäufung in den Gefässen, und zwar ebenfalls nur in Venen und Capillaren, niemals in den Arterien, dieselbe Anordnung der Körnchen und dieselben Ausbuchtungen der Gefässwand, wie sie bei Pocken, Erysipel und anderen Krankheiten beschrieben worden sind (Weissgerber und Perls, vergl. Centralbl. f. Chir. 1876, p. 746). — Es könne daher weder aus dem Vorkommen der Microorganismen bei Krankheiten überhaupt, noch aus der Art dieses Vorkommens irgend etwas geschlossen werden für die Aetiologie dieser Krankheit; vielmehr sei auch für die Infectionskrankheiten die Möglichkeit einer accidentellen Entwickelung kleinster Organismen nunmehr thatsächlich gegeben.

Die als Stütze für die parasitäre Auffassung angestellten Impfungen und Injectionen mit krankmachenden Stoffen beweisen nach H. für die vorliegende Frage zum grössten Theil nichts, da die Versuchsanordnung eine Mitwirkung chemischer Agentien nicht ausschliesse. Auch die event. Vermehrung der übertragenen Organismen bei erfolgreicher und das Ausbleiben der Vermehrung bei erfolgloser Impfung könne nach den oben mitgetheilten Erfahrungen nicht mehr auffallen. Bezüglich der Aufeinanderfolge von Krankheit und Entwickelung aber hätten die bis jetzt vorliegenden genaueren histologischen Ermittelungen ergeben, dass (bei Impf-Keratitis — Frisch und bei Milzbrand — Siedamgrotzky, Centralbl. 1875, p. 549) die Organismenentwickelung den krankhaften Veränderungen niemals voraufgeht, sondern im günstigsten Falle Schritt für Schritt folgt.

In seiner »Erwiderung« bedauert H., dass W. auf die von ihm angeführten Argumente fast gar nicht eingehe, sondern auf frühere, von H. verlassene Ansichten zurückgreife, um daran, häufig im Widerspruch mit dem gegenwärtigen Standpunct H.'s, Polemik zu treiben.

v. Mosengeil (Bonn).

Feltz: Expériences démonstrantes que la septicité du sang putréfié ne tient pas à un ferment soluble.

(Compt. rend. T. 84. p. 789.)

La septicité tient aux ferments figurés.

(Ibid. p. 953.)

Zu der vielfach discutirten Frage, ob die septische Infection auf ein lösliches, ungeformtes oder ein organisirtes Ferment zurückzuführen ist, hat F. einige bemerkenswerthe Versuche angestellt. Aus in Fäulniss übergegangenem Blut, das bei der Impfung bei Hunden sehr heftige septische Infection hervorrief, wurde nach der bei

den Verdauungsfermenten üblichen Methode durch wiederholte Fällung mit Alkohol und Aufnahme des löslichen Antheils des Niederschlages mit Wasser, die darin eventuell vorhandenen löslichen Fermente ausgezogen. Einspritzung dieser durch Einengen unter der Luftpumpe concentrirten Extracte in die Venen hatte durchaus keine septische Infection bei Hunden zur Folge, die Thiere bekamen weder Erbrechen, noch Durchfall, noch Fieber etc. Es wirkt mithin faules Blut durch seine den ungeformten Fermenten ähnlichen, daraus gewinnbaren Bestandtheile auf gesunde Organismen nicht ein. Da nun gefaultes Blut eminent septische Eigenschaften besitzt, so kann man nach F. schon daraus den Schluss ziehen, dass die septische Infection direct abhängt von den geformten Fermenten oder von den Veränderungen, welche sie den von ihnen bewohnten Flüssigkeiten mittheilen. Dieser Schluss soll durch eine zweite Versuchsreihe erhärtet werden. Pasteur hat festgestellt, dass organisirte Fermente durch Erhitzen auf 80° C., wenn auch längere Zeit hindurch, an Wirksamkeit nicht einbüssen. Gefaultes, reichlich mit Bacterien durchsetztes Blut, dessen stark septische Eigenschaft zuvor erwiesen ward, erhitzte F. auf 80° C. bis zur Coagulation des gelösten Eiweisses. Das Filtrat, von denselben Eigenschaften, insbesondere von Bacterien wimmelnd, wie das Blut vor dem Erhitzen, wirkte ausserordentlich stark septisch: Alle damit geimpften Thiere gingen schnell unter den Erscheinungen putrider Infection zu Grunde. Als aber dann der Rest dieser stark septischen Flüssigkeit im zugeschmolzenen Glasrohre auf 150° C. (110° C. hätten auch genügt, Ref.) erhitzt wurde, fanden sich keine lebenden Organismen mehr darin; die damit geimpften Thiere blieben wohlauf und ohne jedes Zeichen septischer Infection. Da nun zwischen der auf 80° und der auf 150° C. erhitzten Flüssigkeit nur der Unterschied besteht, dass in der letzteren die geformten Fermente ertödtet sind, dürfte dadurch nach F. wohl erwiesen sein, dass auf die geformten Fermente die toxische Eigenschaft gefaulten Blutes zurückzuführen ist. **J. Munk** (Berlin).

B. Credé. Borsäure als Verbandmittel.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 22.)

Als Lister nach einem Ersatze der Carbolsäure suchte, wurde ihm das in Schweden gebräuchliche »Aseptin« durch Dr. Stang in Norwegen zugesandt. Der wirksame Bestandtheil dieses Mittels war Borsäure. An Energie stand dieselbe der Carbolsäure sehr nach, besass aber deren irritirende Eigenschaften nicht. Im aseptischen Verbande liess sie sich jedoch nicht an Stelle des Phenols verwenden, da ihre concentrirteste Lösung in kaltem Wasser (1 : 26) nur ungenügend die Zersetzung der Wundflüssigkeit aufhält. Lister tauchte Lint in kochendes Wasser, welches 30 % Borsäure gelöst hielt, und imprägnirte so den Verbandstoff mit grösseren Mengen des Mittels, das sich beim Erkalten in feinblättrigen, nicht scharfen Krystalltafeln

ausschied. Der Stoff ist theurer, als der Carbolmullverband, wird deshalb mehr bei kleineren Wunden angewandt und reizt diese so wenig, dass kein Protectiv nöthig ist. Ausser auf der Klinik des Prof. v. Nussbaum ist durch Credé auf seiner Station des Dresdener Garnisonlazarethes das Borlint versucht worden, und zwar bei streng antiseptischem Verbande, als mildes, desodorirendes, desinficirendes Material bei kleinen Wunden, und zur Bildung eines aseptischen, liegenbleibenden Schorfes bei flachen, gereinigten Wunden. Zu letzterem wird trocknes Borlint verwandt, was Ref. schon vielfach mit Erfolg erprobte (zu empfehlen dürften die Arnold'schen Borlintbücher für derartige Zwecke sein). C. macht darauf aufmerksam, dass das Borlint überall der Wunde dicht aufliegen müsse, damit es nicht durch Wundsecret abgehoben werden könne und in der Mitte eine Retention bewirke. **v. Mosengeil** (Bonn).

H. Fischer. Ueber die Gefahren des Lufteintritts in die Venen während einer Operation.

(Sammlung klin. Vorträge. No. 113.)

Durch Versuche an Kaninchen kommt Verf. zu folgenden Resultaten:

1) Breite Schnitte durch die Vena jugul. int. oder V. axillaris, d. h. durch Venen, die nach dem Schnitt offen bleiben, bringen ohne Rücksicht auf den Kräftezustand des Thieres meist den Tod in wenigen Minuten. Rechtes Herz und Pulmonalarterien sind dann mit Luft und schaumigem Blut gefüllt.

2) Eine Kanüle in die grossen Körpervenen gelegt, macht Athemnoth, Unruhe, Tod in $^1/_4$ Stunde.

3) Mit raschwirkender Gewalt eingetriebene Luft bringt selbst von den kleinsten Venen aus Tod durch Erstickung.

Damit sind die optimistischen Ansichten über den Lufteintritt, wie sie in der historischen Einleitung aufgeführt werden, widerlegt.

In den Statistiken über Tod durch Lufteintritt in Venen bei Operationen sind viele Fälle zweifelhaft, nur wenige mit genauem Sectionsbericht. Aber dennoch scheidet Verf. eine hinreichende Anzahl genügend beglaubigter Fälle aus. Die vollkommene Skepsis gegenüber dieser Todesart ist somit unhaltbar, wenn auch Verf. selbst 2 Fälle anführen kann, in denen kein letaler Ausgang stattfand. Weiter bespricht F. das Zustandekommen des Lufteintritts und die Wirkung, und schliesst sich der Auffassung von Panum an, wonach die Luftblasen als Emboli den Weg in den Lungen verlegen, was mangelhafte Füllung des linken Herzens mit sauerstoffreichem Blut und Gehirnanämie zur Folge hat. Kleine Emboli mit partieller Verlegung der Wege können durch Aufnahme der Luft in's Blut unschädlich bleiben.

Prophylaktisch ist bei Operationen in den gefährlichen Gebieten nur die vorhergehende Unterbindung von Werth. Ist die Verletzung

der Venen geschehen, dann hilft nur Digitalcompression, Tamponade und rasches Unterbinden, oder von Seiten des Kranken Husten, Niessen, Brechen, da bei diesen Acten der Blutschaum aus der Vene zurückströmt. **Mögling** (Tübingen).

J. Cohnheim und **H. Maas.** Zur Theorie der Geschwulstmetastasen.

(Virch. Archiv LXX. p. 161.)

Dass bösartige Geschwülste in die Lichtung einer Vene hineinwachsen, dass diese sarcomatöse oder carcinomatöse Thrombose zu einer gleichartigen Embolie an einer correspondirenden Stelle des Gefässsystems führt, dass dieser Vorgang einer der Modi ist, auf welchem krebsige Geschwülste metastasiren, ist eine allgemein anerkannte Thatsache. Ob die Zellen des krebsigen Embolus selber aus sich die Elemente des metastatischen Knotens produciren, ob sie durch eine Art von Infection die Elemente des Organs, mit dem sie in Berührung gerathen, zur Proliferation anregen, ist uns unbekannt.

Mit Stückchen von frischem Sarcom oder Carcinom sind bekanntlich sehr häufig vergebliche Impfversuche gemacht. Die Verff. entschlossen sich daher, ein physiologisches Material zu benutzen, dessen Productionsfähigkeit nach der Trennung vom Mutterboden vollständig sicher gestellt ist, nämlich Periost. Scharf umschnittene Läppchen aus dem Periost der Tibia wurden in die blossgelegte Vena jugularis desselben Thieres (Hühner erwiesen sich dazu als am geeignetsten) gebracht. Bei Anwendung einiger Vorsichtsmassregeln gelang es, die Thiere nach Einbringung der Periostläppchen am Leben zu erhalten und Periosterzeugnisse von verschiedenem Alter (3 bis 27 Tage) zu untersuchen.

Bei den in der Zeit vom 10. bis 16. Tage getödteten Thieren gelang es, jedes Mal mit Sicherheit das Läppchen als eine resistente und harte Stelle im Lungenparenchym durchzufühlen; nach 20 Tagen ergab die äussere Untersuchung der Lunge ein negatives Resultat. Die Periostlappen fanden sich in den Lungenarterien als solide Cylinder zusammengerollt. In den ersten Tagen (3—5) sind sie nur verdickt, resistenter, von zahlreichen Wanderzellen durchsetzt. In den folgenden Tagen (10—12) fanden sich auf der inneren Periostfläche Lagen hyaliner Knorpelzellen. In den Präparaten vom 15. bis 16. Tage wurden wirkliche, echte Knochenlamellen niemals vermisst. Das Periost vermag also auch im Innern von Blutgefässen Knochen zu produciren.

Gerade wie in einem gewöhnlichen Thrombus wachsen von den Vasa vasorum her neue Gefässe in den periostalen Embolus. Durch mehr als Gefässneubildung aber betheiligt sich die Wand der Arterie nicht. Vom 20. Tage an aber, und dieser Befund ist höchst wichtig, finden sich die Periostlappen stark geschrumpft. Von Ossification ist nichts mehr zu sehen. Nach Monatsfrist ist von der Periostem-

bolie kein Residuum mehr zu entdecken. Es ist dies dasselbe Verhalten, welches wir bei Periosttransplantationen in subcutanes und intramuskuläres Bindegewebe kennen. So sicher also auch diese Versuche zeigen, dass vom Mutterboden losgetrennte Gewebstheile innerhalb der Blutgefässe produciren und proliferiren, so sicher wird auch die Fähigkeit des gesunden Organismus gezeigt, »vermöge seiner lebendigen Kräfte, seines Stoffwechsels alles dasjenige aus dem Körper zu entfernen, was nicht für die Zwecke desselben nutzbar gemacht werden kann«. Individuen, die an generalisirten Geschwülsten leiden, muss diese Fähigkeit fehlen. Nicht die Geschwulst als solche ist bösartig, sie ist es nur dadurch, dass sie sich in einem Individuum befindet, dessen »Widerstandsfähigkeit« unter das physiologische Maass herabgesetzt ist. Gewiss passirt es sehr häufig, dass von allen möglichen Geschwülsten Bestandtheile in Blutgefässe und vor Allem in die Lymphgefässe gerathen. So lange die Energie des Stoffwechsels des Individuums normal ist, ist dieses Accidens völlig gleichgültig. Wird die Widerstandsfähigkeit des Organismus durch irgend etwas untergraben, dann vermag die Geschwulst in die anliegenden Gewebe vorzudringen, Metastasen zu bilden. Mit dieser Hypothese erklärt sich die Generalisation sogenannt gutartiger Geschwülste, das plötzliche Wachsen Jahre lang bestehender, scharf umschriebener Geschwülste (in der Mamma), endlich die Generalisation einer Geschwulst in einem einzigen Gewebe oder System (die Bildung krebsiger Metastasen in sämmtlichen Knochen des Skelets nach Brustcarcinomen). Diese Hypothese macht endlich die Erfolglosigkeit von Impfungen mit krebsigen Massen bei gesunden Thieren erklärlich.

Madelung (Bonn).

G. Wegner. Ueber Lymphangiome.*)

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 4. 1877.)

Verf. giebt in der vorliegenden Arbeit nach einer Uebersicht der Litteratur über Lymphangiome eine ausführliche Darstellung aller Verhältnisse dieser interessanten Geschwulstform. Wir müssen es uns versagen hier auf Einzelheiten einzugehen und können den Inhalt nur in kurzen Zügen wiedergeben. — W. unterscheidet das einfache Lymphangiom, die cavernöse und die cystoide Form.

Von dem einfachen Lymphangiom, welches im Wesentlichen aus Lymphräumen und Lymphgefässen capillaren und grösseren Kalibers, angeordnet in der Regel zu einem anastomosirenden Netzwerk, zusammengesetzt ist, untersuchte Verf. einen neuen Fall von Makroglossie und einen lymphatischen Tumor aus der Achselhöhle. Ferner unterzog W. die vom Ref. veröffentlichten 4 Fälle von Makroglossie und den Fall von Gies einer erneuten

*) Zum Theil vorgetragen in der dritten Sitzung des V. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, am 21. April 1876.

Untersuchung, wobei er fand, dass die vom Ref. mitgetheilten Fälle I, III und IV ebenfalls zu der in Rede stehenden Geschwulstform zu rechnen sind. Ref. hat sich von der Richtigkeit der W'schen Anschauung überzeugt.

Das cavernöse Lymphangiom definirt Verf. als eine Geschwulst, welche aus einem Balkenwerk von Bindegewebe mit zum grossen Theile makroskopisch sichtbaren, mannigfach gestalteten und vielfach mit einander communicirenden Hohlräumen, mit Lymphe als Inhalt, besteht. W. hatte Gelegenheit, von dieser überaus seltenen Geschwulstform vier Fälle zu untersuchen. Ein Fall war ein angeborener Tumor der rechten Brust- und Achselhöhlengegend von der Grösse einer starken Mannsfaust bei einem $^3/_4$ Jahr alten Kinde. Ein zweiter Fall betraf eine etwa orangengrosse Geschwulst der linken Regio supraclavicularis bei einem 25 Jahr alten Manne, der zufällig zwei Jahre vorher die Geschwulst in der Grösse einer Kirsche bemerkt hatte. Der dritte Fall war ein Tumor an der Stirn eines 49jährigen Mannes, dessen Anfang vor 8 Jahren bemerkt worden war. Die Geschwulst war von der Grösse eines Paradiesapfels. Im vierten Falle war der kastaniengrosse Tumor bei einem $2^1/_2$jährigen Mädchen angeblich nach einem Falle in $1^1/_2$ Jahren entstanden und hatte seinen Sitz in der Regio infraspinata dextra. Die Tumore waren alle in der v. Langenbeck'schen Klinik durch Operation mit dem Messer entfernt worden.

Als cystoides Lymphangiom bezeichnet W. eine Geschwulstform, welche aus einer mehr oder weniger grossen Zahl von grösseren oder kleineren Blasen, oder mit durchscheinendem Inhalt gefüllter, verschieden fest zusammenhängender Cysten besteht. Diese Cysten haben allerdings in ihrer Weiterentwickelung die charakteristische Form der Lymphräume verloren, stehen auch nur beschränkt mit wirklichen Lymphgefässen in Verbindung, sind aber sowohl ihrer Entwickelung nach, als auch histologisch wirkliche Lymphangiome. Die reinste Form dieser Geschwülste gelang es W. experimentell zu erzeugen, wenn er bei Kaninchen des Abdomen lange Zeit hindurch unter starkem Druck mit Luft gefüllt erhielt. Zu dieser Geschwulstform gehören u. A. die sogenannten Cystenhygrome des Halses und des Nackens, welche z. B. neuerdings von Köster und Winiwarter beschrieben worden sind. W. selbst hatte Gelegenheit diese Form des Lymphangioms in Form einer Makrochilie der rechten Oberlippe bei einem 16jährigen Mädchen zu beobachten und durch Exstirpation zu beseitigen.

W. giebt sodann eine zusammenfassende, sowohl die anatomischen, als die klinischen Verhältnisse berücksichtigende Geschichte der Lymphangiome. Beginnend mit der Anatomie bespricht Verf. dann die unbekannte Aetiologie, ferner das Wachsthum, sowie die Histologie der Lymphangiome. Für die histologische

Entwickelung wird ein dreifacher Modus angenommen: 1) Langsame Entwickelung einer Dilatation vorhandener Lymphbahnen mit Neubildung von Wandungselementen — Ektasie mit Hyperplasie; 2) active Proliferation der Lymphgefässendothelien, welche zwischen soliden Zellenmassen Hohlräume entstehen lassen, und indem sie sich in präexistirende Lymphgefässe öffnen, zu neuen Lymphgefässen werden — homoplastische Neoplasie; 3) kann auf bindegewebiger Matrix ein Granulationsgewebe entstehen und durch secundäre Umwandlung desselben auf indirectem Wege können neue, lymphführende Räume gebildet werden — heteroplastische Neoplasie. — W. erläutert dann die Symptome und den Verlauf, die Diagnose und Prognose der Lymphangiome und zum Schluss die Therapie, welche mit Compression, durch Injection reizender Flüssigkeiten, durch das Setaceum, durch Cauterisation mit dem Cauterium potentiale und actuale, endlich durch Exstirpation mit dem Messer, dem Ecraseur und der Galvanokaustik die Lymphangiome zu beseitigen versucht. — **Maas** (Freiburg i/B.).

---

v. Langenbeck. Ueber Totalexstirpation der Zunge mittelst seitlicher Durchsägung des Unterkiefers.

(Vortrag, gehalten auf dem IV. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

Der Grund für das schnelle Recidiviren exstirpirter Zungencarcinome ist darin zu suchen, dass es nach den meisten üblichen Operationsmethoden sehr schwierig war, erkrankte Lymphdrüsen vollständig mit zu entfernen, dass häufig sogar ihre carcinöse Degeneration verborgen blieb, weil es nicht möglich war, das Terrain gehörig freizulegen. Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes, Sicherung der Blutstillung und später des Abflusses der Wundsecrete sind hier die Bedingungen einer brauchbaren Operationsmethode. Aeltere Methoden derart waren

1) Resection des Mittelstücks vom Unterkiefer; sehr verstümmelnd.

2) Osteoplastische Resection des Mittelstücks (Billroth); das herausgesägte Stück heilt sehr schwer ein.

3) Temporäre Durchsägung des Unterkiefers in der Mitte (Sédillot); die Methode gestattet nicht, bis zur Zungenwurzel oder gar zum Arcus glosso-palatinus vorzugehen.

4) Submentale Exstirpation der Zunge nach Regnoli-Billroth; ungünstig ist hier das Herabfallen des Kehlkopfes und das Einfliessen von Mundflüssigkeit in denselben.

Bereits 1859 hatte v. L. ein Carcinom der linken Tonsille, das mit den Gaumenbögen, der Zunge etc. verwachsen war, mit seitlicher Durchsägung des Unterkiefers exstirpirt, im letzten Jahre aber erst die grossen Vorzüge dieser Operationsmethode bei Exstirpation ausgedehnter Zungencarcinome erprobt.

Indicirt ist die temporäre seitliche Durchschneidung des Unterkiefers bei der Exstirpation von Carcinomen, welche den grösseren

Theil der Zunge bis zur Epiglottis, den Arcus glosso-palatinus resp. die umgebenden Lymphdrüsen ergriffen hat.

Die einzelnen Phasen der Operation sind folgende:

1) Hautschnitt vom Mundwinkel der erkrankten Seite aus, die Lippe bis zum Kiefer trennend, in senkrechter Richtung bis zum Schildknorpel.

2) Durchschneidung der Weichtheile (zunächst von unten nach oben) in senkrechter Richtung auf die Glottis zu. M. digastricus, N. hypoglossus und A. lingualis werden durchschnitten, die Mundschleimhaut wird geschont.

3) Durchsägung des Unterkiefers am 1. Backzahn schräg von hinten nach vorn, Distraction der beiden Kieferhälften durch scharfe Resectionshaken.

4) Die Zunge wird durch eine eingelegte Fadenschlinge nach der gesunden Seite herausgezogen, der Mundboden bis zum Arcus glosso-palatinus gespalten, der N. lingualis durchschnitten. Die Glottis ist frei zu übersehen, das Blut fliesst bei etwas erhöhtem Kopf durch die Wunde ab. Exstirpation der erkrankten Tonsillen, Gaumensegel, Pharynxwand etc.

5) Die Zunge wird mittelst der Fadenschlinge herausgezogen und im Gesunden durchschnitten.

6) Zusammenfügen des durchsägten Kiefers; entweder durch Einschieben von beiderseitig zugespitzten Elfenbeinzapfen in den Canalis inframaxillaris, oder durch Anlegen einer Knochennaht. Drainage und Naht der Weichtheilwunde.

Der Kranke muss einige Zeit mit dem Schlundrohr ernährt werden; die 6 bisher in der besprochenen Weise von v. L. operirten Kranken sind sämmtlich geheilt worden.

Bei der über den Vortrag eröffneten Discussion macht Hüter auf die von Mirault, Roser, Thiersch und ihm cultivirte Methode der Zungenexstirpation aufmerksam, welche in den meisten Fällen alle gewünschten Vortheile darbiete. Es ist dieses die Exstirpation der Zunge nach vorhergehender Unterbindung der beiden art. linguales. Er habe unter 13 derartig Operirten nur 1 verloren. v. L. erwidert hierauf, dass durch ein derartiges Verfahren Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes und die Möglichkeit, das Kranke in ausgiebiger Weise zu entfernen, nicht erreicht werde. Volkmann macht darauf aufmerksam, dass die Unterbindung der Arteriae linguales nicht als Methode der Zungenexstirpation gelten könne; es handle sich darum, ob es vortheilhafter sei vom Munde, oder vom Hals aus zu operiren. Czerny schlägt als Modification der Regnoli-Billroth'schen Methode einen horizontalen Schnitt am oberen Rande des Zungenbeins (von diesem aus Unterbindung der a. linguales) und einen senkrechten nach der Mitte des Kinns vor. Die Secrete haben dann guten Abfluss. C. hat die Methode einmal mit gutem Erfolg ausgeführt. Heine schlägt vor, bei der v. Langenbeck'schen Operation den Unterkiefer keilförmig zu durchsägen, so,

dass das eine Kieferstück die Gestalt eines vorspringenden, das andere die eines einspringenden Winkels hat. Bei einem von O. Weber (bei einer osteoplastischen Unterkieferresection) derart operirten Kranken trat auch nach Lockerung der Drahtnaht keine Verschiebung der Knochenflächen ein. A. Genzmer (Halle).

Koch. Ueber Geschwülste und Granulationsbildungen der Luftröhre.

(Vortrag, in der 4. Sitzung des V. Chirurgen-Congresses gehalten.)

(Archiv f. klin. Chirurgie Bd. XX. Hft. 3. p. 540.)

Hauptgegenstand des Vortrags bilden die Granulationswucherungen, die im kindlichen Alter im Gefolge der Diphtherie und der dabei nothwendig werdenden Tracheotomie in der Trachea selber entstehen. Verf. hat selber Gelegenheit gehabt, einen prägnanten Fall einer derartigen Spätcomplication der Tracheotomie zu beobachten. Bei einem $3^1/_2$jährigen Knaben, der eine sehr schwere Form von Diphtherie durchgemacht hatte, entwickelten sich derartige Granulationsbildungen in der Trachea, welche wegen drohender Erstickungsgefahr eine neue Tracheotomie verlangten. Es wurden vermittelst des Daviel'schen Löffels die Granulationen, die zum Theil langgestielt waren, entfernt, die übrigen geätzt. Die Wunde heilte, der Knabe schien genesen. Aber nach kurzer Zeit traten die alten Zufälle wieder auf und erforderten eine 3. Tracheotomie. Diese wurde unter erschwerenden Umständen gemacht, Pat. musste durch künstliche Respiration wieder in's Leben zurückgerufen werden. In Folge eines kräftigen Hustenstosses kam eine mit Serum erfüllte, kirschgrosse Blase an einem langen Stiele zum Vorschein, welche zwar gleich beim Fassen zerplatzte; der Stiel selber, der an der Cart. cricoid. festsass, trug noch mehrere Granulationswülste, welche entfernt wurden. Die Luftfistel wurde noch längere Zeit offen gehalten, die Granulationen mit Chromsäure geätzt. Der Knabe ist genesen.

Wodurch diese, beim Lebenden offenbar stark geschwollenen und ödematösen und daher das Lumen trotz ihrer Kleinheit leicht obturirenden Granulationen entstehen, ist schwer zu sagen. Ob relativ zu dicke, oder an festen Schildern befestigte Kanülen oder das zu lange Liegenlassen derselben die Ursache ist, ist nicht zu entscheiden. Ausgehen können diese Granulationsbildungen ausser von der Trachealöffnung auch von diphtheritischen und von Decubitus-Geschwüren der Trachea.

In Hinsicht auf die Diagnose des Sitzes des Hindernisses macht Verf. darauf aufmerksam, dass, wie Gerhardt auch bei Trachealstenosen schon beobachtete, der Kehlkopf sehr geringe, fast keine Excursionen macht, während der unterhalb der Stenose befindliche Theil der Luftröhre eine sichtbare Reckung und Abplattung zeigt. Ferner kann man in den Fällen, in welchen man eine Kanüle einführen kann, auch durch diese den Sitz des Hindernisses manchmal

erkennen, besonders wenn man eine Kanüle nimmt, die noch eine dritte dorsale, in der Mitte der Convexität gelegene Oeffnung hat. Athmet der Kranke nach Verschluss der äusseren Oeffnung frei und gut, so ist offenbar das Hinderniss durch die Kanüle selber dislocirt.

Das, was man über die anatomische Art und über die Combination der Hindernisse vorher bestimmen kann, beschränkt sich auf Vermuthungen. Da in der That Granulationen die häufigsten Vorkommnisse sind, so muss man auch zunächst an diese denken. Die acuten Schwellungen phlegmonöser Natur dürften wohl immer mit Fieber, Schwellung der umgebenden Weichtheile und Schmerzen einhergehen. Zur Unterscheidung von Glottiskrampf oder nervösen Zufällen dürfte besonders im Beginn und in den ersten Stadien der Erkrankung und des Wachsthums der Granulationen die laryngoskopische Untersuchung dienlich sein, besonders, wenn sie noch während des Anfalles benutzt werden kann.

Es folgt anhangsweise noch eine kurze Aufzählung der Geschwülste der Luftröhre, unter denen diejenigen, welche primär in den Geweben der Luftröhre sich entwickeln, sehr wenig zahlreich sind und meist zu den gutartigen zu gehören scheinen.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

---

von Preuschen. Ueber Cystenbildung in der Vagina.

(Virch. Archiv LXX. p. 111.)

Nach kurzer Zusammenstellung des bisher über das Vorkommen der Vaginalcysten Bekannten und der über ihre Entstehung aufgestellten Vermuthungen versucht Verf. nachzuweisen, dass die Cysten der Vagina zum grössten Theile wirkliche Retentionscysten sind, und zwar von Drüsen, welche mancherlei bemerkenswerthe Eigenschaften besitzen. Zu Verwechselungen mit wahren Vaginalcysten geben leicht Anlass, Cysten, welche im paravaginalen Gewebe liegen, cystische Entartungen der traubenförmigen Drüsen der Urethra, der Drüsen des Mastdarmes. Die Scheide besitzt Drüsen von ähnlichem Bau wie die Talgdrüsen der Vulva. Sie bestehen aus einem breiten, buchtigen Theil mit mehreren fingerförmigen Anfängen. In den ersteren, den Ausführungsgang der Drüsen, setzt sich die gesammte Epithelschicht der Vagina fort. Die unterste Zellenreihe derselben besteht aus Cylinderepithel. In den schmalen Anhängen der Drüsen findet sich einfaches Cylinderepithel mit Flimmerhaaren versehen. Eine Membrana propria ist nur undeutlich nachweisbar. Wirklich geschlossene Lymphfollikel (Henle's conglobirte Drüsen) fand Verf. niemals, wohl aber Bilder, die mit denselben makroskopisch übereinstimmten, aber bei näherer Untersuchung sich als mit Flimmerepithel ausgekleidete Cysten auswiesen. Die Cystenbildung kann in den beschriebenen drüsigen Gebilden entweder im oberen buchtigen Theile stattfinden, dann trägt die Cyste geschichtetes Pflasterepithel, oder und viel häufiger in den mit Flimmerepithel ausgekleideten Drüsenschläuchen.

Durch Zusammenfliessen mehrerer kleiner Cysten, Atrophie der Zwischenwand entstehen grössere Hohlräume. Vorzugsweise scheint die Cystenbildung im oberen Drittel der Vagina vorzukommen (vergl. Centralbl. f. Chir. 1874. p. 548). **Madelung** (Bonn).

Schede. Ueber die operative Behandlung der Unterschenkelvaricen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 7.)

Verf. hat die so schwer heilenden Folgezustände der Unterschenkelvaricen, die chronischen Unterschenkelgeschwüre, Eczeme etc. dadurch zu beseitigen versucht, dass er operativ die Varicen heilte. Gegen diese hatte man im Allgemeinen nur eine palliative Hülfe der dauernden Compression, wiewohl zu allen Zeiten (Hippocrates stach schon Nadeln durch die Varicen) operative Eingriffe versucht wurden, die jedoch oft von Pyämie gefolgt waren. S. nahm, unter Anwendung des antiseptischen Verfahrens, Blosslegung, Durchschneidung und doppelte Unterbindung der Venen vor. Unter 80—100 Einzelunterbindungen traten nur drei Eiterungen bei zwei Patienten ein, die ganz besonders veränderte Venenwandungen zeigten. Die Wunden waren meist in 5 Tagen per primam intentionem geheilt, wenn der erste Verband behufs Entfernung der Suturen entfernt wurde. Dabei zeigte es sich, dass sich nur ganz kurze Thromben von $^1/_2$ bis 1 Ctm. Länge gebildet hatten, wohl weil bei Lister'schem Verfahren nur sehr geringe Veränderung der Venenwand eintritt und die Flüssigkeit des Blutes von der Integrität der Intima abhängig ist. Um daher ein grösseres Venenstück zu veröden, müssten sehr viele Ligaturen oder lange Excisionen erfolgen. Percutane Umstechung der Venen gab bei zu langem Liegenlassen der Catgutfäden Eiterung, bei zu frühem Entfernen keine feste Vereinigung. Sch. nahm daher zwischen den unterbundenen Stellen eine Compression der Venenwandungen vor. Er umstach eine Vene in Abständen von 2 Ctm. und knotete die Fäden über einer Rolle Listergaze, bei der Peripherie anfangend und nach streichendem Ausdrücken des Blutes centripetal weiter gehend; nach 2—3 Tagen wurden die Catgutfäden durchschnitten, danach wieder ein Lister'scher Verband gelegt, wie vorher. Besser als Gazerollen wirkten dickwandige Gummischläuche. Die Hälfte der Ligaturen wird dann nach 12, die anderen nach 24 Stunden entfernt. Nach 8 Tagen Heilung. **v. Mosengeil** (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

L. B. Adams. Unfortunate result of vaccination.

(Bost. med. and surg. Journ. 1876. Vol. II. p. 722.)

3 Kinder, zwei Mal vergeblich mit Kuhlymphe geimpft, wurden mit frischer humanisirter Lymphe geimpft. Nur bei Nr. 1 und 3 entwickelten sich am 7. Tage normal aussehende Impfbläschen. Von Nr. 1 wurde Nr. 4, von Nr. 3 Nr. 2 nach-

geimpft. Am 14. Tage zeigte Nr. 1. ausgesprochene Zeichen der Pyämie; an den Impfstellen sah man schwärzliche Schorfe; die Gegend des Deltoideus war geschwollen, hart, braunroth; eine starke Infiltration reichte bis zum Brustbein und Schulterblatt, grosse Venen verliefen in der Haut; auf Einschnitt entleerte sich schmutziges, jaucheartiges Serum. Das Kind starb am 21. Tage; keine Section. Nr. 3 blieb normal. Nr. 2 und Nr. 4 zeigten am 7. Tage 3 grosse, unregelmässige, schlecht aussehende, eitrige Geschwüre an den Stichstellen mit secundärer Infiltration der Achseldrüsen. — **Pilz** (Stettin).

J. B. Carruthers. Case of tetanus occuring after a burn.

(Edinb. med. Journ. 1877. März. p. 799.)

Da Heilungen von Tetanus nach Verbrennung selten, so beschreibt Verf. ausführlich vorliegenden Fall. Ein 10jähr. Knabe erlitt Verbrennung beider Beine bis über das Knie; am 12. Tage erfolgte ein Frostanfall, dann Steifigkeit des Nackens und Trismus; hohes Fieber (Kal. brom. mit Chloral). Die inzwischen aufgetretenen Krämpfe, Zuckungen, besonders der linken Seite, lassen am 6. Tage nach. Nach Aufhören des Tetanus blieben noch einige Zeit in Folge der Medication entstandene Hallucinationen zurück. Volle Heilung. Pat. hatte in den 7 Tagen erhalten: 400 Gran Choral und 800 Gran Kal. brom. —

Pilz (Stettin).

Mouchet. Deux observations rélatives à deux cas de spina-bifida, traités par la ligature élastique. Rapporté par Périer.

(Bullet. de la Soc. de Chir. 1876. No. 5.)

Im 1. Falle sass der Tumor im Niveau der Kreuzbeinwirbel. Faustgross ragte er über das Steissbein bis nahe in die Kniekehle herab, birnförmig, mit dem schmalen Ende nach abwärts, mit dem dickeren gegen die Insertionsstelle gerichtet. Die Haut darüber dünn, in den 2 unteren Dritteln durchscheinend; Diastase der Wirbelbögen deutlich; weder motorische noch sensible Lähmung der unteren Extremitäten.

M. machte am Tage der Geburt des Kindes die Punction des Tumors, und entleerte 1/2 Glas voll klarer Flüssigkeit; man fühlte am Grunde der zusammengefallenen Geschwulst einen harten, mandelgrossen, bei Druck schmerzhaften Kern. Am folgenden Tage war die Flüssigkeit zum Theil wieder ersetzt; erneute Punction; Entleerung von blutiggefärbtem Serum. M. legte nun sofort einen Kautchukring so nahe als möglich an der Basis der Geschwulst an. Es trat allmälig Mortification des abgeschnürten Stückes ein; da M. jedoch besorgte, es könnte die Obliteration der Communicationsöffnung mit dem Wirbelcanal noch nicht complet erfolgt sein, so legte er am 4. Tage noch 4 elast. Quersuturen an und schnitt das mortificirte Stück ab.

Guter Verlauf. Ein Paar Tage darnach platzte unter dem Schreien des Kindes ein kleiner Antheil des unteren Abschnittes vom obliterirten Sacke. Man sah Granulationen in der Höhle. Am 18. Tage war die Heilung beendet. 14 Tage darnach war an Stelle des früheren Tumors eine feste, gegen den Knochen eingezogene Narbe da. —

Der zweite Fall betraf ein zwar reifes, aber schwaches weibl. Kind, mit doppelseitigem Klumpfuss. Der Tumor sass in der Lendenwirbelgegend, 10 Ctm. lang, 6 Ctm. breit, fluctuirend, durchscheinend. Da der Sack nicht zu sehr gespannt war, applicirte M., ohne vorausgeschickte Punction, die elast. Ligatur. Er durchstach die Basis des Tumors von rechts nach links mit 3 feinen Nadeln in Abständen von 3 Ctm., und legte unter jeder derselben einen mässig gespannten elastischen Faden an.

Auch in diesem Falle war die Operation am Tage der Geburt des Kindes gemacht worden.

Tags darauf Wohlbefinden; das Kind bewegt munter die Beine. Am 4. Tage

die Nadeln entfernt, Fäden gelassen. Am 8. Tage Exit. lethal. unter Erbrechen, Durchfall, etc. M. schiebt das tödtliche Ende der Ernährung des Kindes zu (es ward bei Wasser aufgezogen), da von Seite der Geschwulst nichts Uebles zu sehen war.

In der folgenden Discussion führt Périer noch 4 von anderen Chirurgen mittelst der elastischen Ligatur behandelte Fälle von Spina bifida an. Unter diesen 6 Fällen sind 3 Erfolge, 1 Misserfolg und 2 Todesfälle zu verzeichnen. Obwohl dies für die elastische Ligatur zu sprechen scheine, so müsse berücksichtigt werden, dass unter den 3 geheilten Fällen, 2 Fälle an und für sich so günstig waren (Sitz des Tumors in der Regio cervicalis und in der Regio dorsalis super., wobei selten Nervenelemente in die Geschwulst eintreten), dass wohl auch jede andere Methode guten Erfolg gehabt hätte. Es bleibe sonach nur Mouchet's Fall. Nur sei zu bemerken, dass in letzterem die Wirkung der elastischen Ligatur nicht ganz sicher zu Tage trete. Denn abgesehen von der unvollkommenen Wirkung des elastischen Ringes, den M. anstatt eines Fadens genommen hatte, wurden am 4. Tage noch Suturen zur Sicherung der Obliteration des Sackes angelegt. Jedenfalls werde die elast. Ligatur nur für gewisse (dabei schwer diagnosticirbare) Fälle indicirt sein, und sicherlich den Jodinjectionen nachstehen, welche durch James Morton neue Bedeutung erlangt haben. Morton meint nämlich, die Gefahren der Jodinjection dadurch vermindern zu können, dass er die Jodtinctur durch Jodglycerinlösung ersetzt. Das Glycerin beseitige die irritirende Wirkung des Alkohols, und localisire, in Folge seiner eigenen geringen Diffusibilität, die Wirkung des Medicamentes. Unter 10 Fällen, welche nach dieser Methode behandelt worden waren, wurden 7 dauernd geheilt; davon hatte die grössere Zahl eine Vorlagerung von Rückenmark oder Nervensubstanz in den Sack hinein.

Blot missbilligt sehr das Unternehmen Mouchet's, in den 2 obigen Fällen gleich am Tage der Geburt des Kindes operirt zu haben. Er wisse aus eigener Erfahrung, dass mit der Zeit die Heilung spontan eintrete. Nur in den Fällen, wo die Geschwulst sehr dünnwandig sei und schon zu bersten drohe, solle man eingreifen, sonst sich exspectativ verhalten. Polaillon und Larrey billigen in ersterer Rücksicht ebenfalls Blot's Anschauung; späterhin, meint Polaillon, dürfte bei weit offenem Wirbelcanal die elastische Ligatur vor der Jodinjection am Platze sein, bei engem Canal aber letztere. Von den Nerven im Sacke sei nichts zu besorgen.

Guéniot, ebenfalls Gegner jeglichen chirurgischen Eingriffes bei Spina bifida, theilt nicht Polaillon's Meinung, dass die Durchtrennung von Nervenelementen im Tumor der Spina bifida gefahrlos sei. Man habe gelegentlich die Endfasern der Cauda equina im Sacke vorgefunden.

Desprès findet, dass bei Mouchet's Verfahren nichts Sonderliches erzielt sei. Seiner Ansicht nach dürfe der Chirurg nie Hand anlegen, wenn die Spina bifida von Haut bedeckt sei.

Dépaul bemerkt, dass es Tumoren von ähnlichem Ansehen und gleichem Sitz, wie bei Spina bifida gebe; die Bezeichnung Spina bifida sei jedoch nur für jene zu reserviren, wo die Wand des Sackes aus den Hüllen des Rückenmarkes bestehe.

Périer meint schliesslich, in Mouchet's Falle hätte der chir. Eingriff seine Rechtfertigung durch die Lage der Geschwulst, wodurch das Individuum am Sitzen verhindert worden wäre. **Fr. Steiner** (Wien).

Sänger. Zur operativen Behandlung der Abscesse und Hydatiden der Leber.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. Nr. 12.)

Verf. ging in zwei Fällen von der Simon'schen Methode (Incision nach doppelter Punction und Liegenlassen der Kanüle) ab, da die zwei betreffenden Patientinnen so herabgekommen waren, dass eine möglichst schnelle Eröffnung der Geschwülste nöthig war. Nach vorausgeschickter Laparotomie wurde die nirgends mit dem Peritoneum verwachsene Geschwulstwand durch 4—8 Suturen an die

Bauchwunde genäht und dann die Incision gemacht. Ausspülungen mit 5% Carbolwasser folgten. Auf die natürlich unter Spray vorgenommene Operation trat schnelle Heilung ein. **v. Mosengeil** (Bonn).

W. D. Wilkes. On an unusual case of stone in the bladder.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 388. Med. chir. Soc.)

Ein 50jähr. Mann mit Steinbeschwerden seit März 1876 wurde mit Seitensteinschnitt operirt, weil die enge Harnröhre sehr reizbar war. Beim Versuche, den Stein mittelst einer Zange zu extrahiren, zerbrach derselbe; in einem Fragment fand sich als Kern ein 8 Gran schweres Knochenstückchen. Die Anamnese ergab, dass Pat. vor 13 Jahren 20′ tief hinabgefallen war, in Folge dessen sich an seiner rechten Hüfte ein Abscess gebildet hatte. Der Fall illustrirt die Entstehung von Stein in der Blase um einen vom Knochenskelet abgelösten, nekrotischen Knochen. Den ersten dieser Fälle berichtete Sir Henry Thompson 1866 in der med. chir. Society. **Pilz** (Stettin).

Porter. Vesical calculus in a female; dilatation of the urethra; lithotrity.

(The Boston med. and surg. Journ. 1877. Vol. I. p. 558.)

Die 28jähr. Frau bemerkte nach dem Wochenbette Harndrang und heftige Schmerzen beim Urinlassen. Nachdem sie aufgestanden, nahmen diese Beschwerden zu; bisweilen wurde der Urinabfluss plötzlich aufgehoben, es ging Harngries ab. Pat. bezog die Schmerzen auf Uterus und Urethra. Nach dem Uriniren traten häufig Schmerzen in den Hüften und in den Lenden auf; beim Sitzen konnte sie das Wasser halten, nicht so beim Stehen und Gehen. Ein $1^1/_2''$ langer Stein wurde in der Narkose leicht zerbrochen; durch die dilatirte Urethra wurden die Fragmente, 175 Gran wiegend, mittelst Polypenzange und Ausspritzung entfernt; volle Heilung. **Pilz** (Stettin).

Hägele. Kryptorchismus.

(Zeitschrift für Wundärzte und Geburtshelfer 1877. Hft. 1.)

Verf. fand bei einem schulpflichtigen Knaben von schüchternem, mädchenhaftem Benehmen, den er wegen Erectionen des Penis in Folge von Oxyuren behandelte, doppelseitigen Kryptorchismus. Bemerkenswerth ist dabei, dass die Eltern des Kindes erzählten, in den ersten Wochen des Lebens hätten kleine Geschwülste neben der Wurzel des Gliedes bestanden, die von der Hebamme und mehreren Aerzten für Leistenhernien erklärt und, ohne dass vom Fehlen der Hoden die Rede gewesen, von einem der Aerzte durch fortgesetzte Bandagenbehandlung zum Verschwinden gebracht worden seien. **Mögling** (Tübingen).

Die 50. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte wird in diesem Jahre vom 17. bis 22 September in München stattfinden.

Der diesjährige internationale med. Congress wird vom 9. bis 15. September in Genf tagen. Prof. C. Vogt in Genf nimmt Anmeldungen zu Vorträgen entgegen und versendet die in den Abtheilungen vorläufig zur Discussion gestellten Themata. —

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 32. **Sonnabend, den 11. August.** **1877.**

Combinirte Chloroform-Chloralhydrat-Narkose.

Von

Dr. **Marcell Hartwig**

in Niemegk.

Bisher habe ich 8 combinirte Narkosen mit Chloralhydrat und Chloroform ausgeführt und dabei gefunden, dass bei genügender Abwägung der Dose des Chloralhydrats die Narkose viel Angenehmes bietet. Ja ich hoffe, dass sie sich einen bleibenden Platz unter den Verfahren zur Narkotisirung erwerben wird.

1) Fall. Exstirpation eines multiloculären Ovarialcystoids. Operation schwierig, Ausräumung der zahllosen Cysten mit der Hand. Operationsdauer $1^1/_2$ Stunden. Frau von 56 Jahren. Chloralhydrat 3,0, Chloroform 20,0, kein Erbrechen. Einschlafen 5 Minuten nach dem Einnehmen der Chlorallösung. Aufwachen aus der Narkose sofort

nach Beendigung der Operation; ein guter Trunk Portwein, 5stündiger Schlaf folgt.

2) Staarextraction. 62jähr. Frau. Chloroform 22,0, Chloralhydrat 3,0; absolute Reactionslosigkeit des Auges. Pat. hat vorher nichts gegessen. Kein Erbrechen. 6 Stunden continuirlich nachgeschlafen. War 10 Minuten nach dem Trinken des Chloralhydrats narkotisirt.

3) Exstirpation eines grossen Lipoms über der Kniekehle. Chloralhydrat 4 Gr., Chloroform 30 Gr. Nach 3 Gr. Chloralhydrat war binnen 10 Minuten grosse Redseligkeit eingetreten, daher noch 1 Gramm nachgegeben, wodurch nach 5 Minuten eine ruhige Narkose herbeigeführt wurde, die nur wenig Unterstützung durch Chloroform bedurfte. Einige Momente analgetisches Wachsein beim Hautschnitt. Weil man mit dem Chloroform zögerte, keine absolut ruhige Narkose. Erbrechen, da Pat. kurz vor der Operation gefrühstückt hatte. Die Operation hatte lange gedauert, weil zahlreiche varicöse Venen zu unterbinden waren. Patient war 62 Jahre. Hochrothes Gesicht; Pat. läugnete Abusum spirituos.

4) und 5) Zwei Narkosen binnen 2 Wochen bei einem kräftigen Knecht von 24 Jahren. Das erste Mal 3 Gr. Chloralhydrat, das zweite Mal 5 Gr., Chloroform das erste Mal 48 Gr., das zweite Mal 96 Gr. Die erste Narkose war wegen Aengstlichkeit des Narkotisirenden ganz unvollkommen, der Patient warf sich wild umher und gab nachher an, alles gefühlt zu haben. Der Reiz einer fast totalen Auskratzung der ganzen Bartgegend wegen Lupus dürfte aber auch zu den heftigsten gehören, die einen Organismus treffen können. Pat. schlief 5 Stunden nach. Das zweite Mal ruhige Narkose, gegen Ende einmal Erbrechen. Das Einschlafen begann beide Male 12 Minuten nach dem Einnehmen. Das zweite Mal schlief er 6 Stunden nach. Er hatte 2 Stunden vorher gefrühstückt. Beide Male den ganzen folgenden Tag Kopfschmerzen.

6) Laparotomie bei einem 22 Jahr alten, wegen chronischer extremer Darmverengerung ganz gewaltig herabgekommenen Mädchen. Wegen Unmöglichkeit, die verengte Stelle zu finden, Uebergang zur Anlegung eines anus praeternaturalis. 3 Gr. Chloralhydrat, 28 Gr. Chloroform bei leerem Magen. Kein Erbrechen, trotzdem sie sonst so oft copiös erbrach. Treffliche Narkose, 2 Stunden nachgeschlafen, nachdem sie vorher erweckt worden und Wein zu sich genommen hatte. Pat. war schon nach 8 Minuten narkotisirt.

7) Ausschabung eines scrophulösen Abscesses bei einem blühenden Mädchen von 21 Jahren, Transplantation eines Wangenhautstücks. Alles wie Oben. Dauer des Nachschlafens nicht notirt.

8) Amputation eines Fingers wegen totaler Nekrose eines Knochens. Knabe von 10 Jahren. Chloralhydrat 1,2, Chloroform-Verbrauch und Dauer des Nachschlafens nicht notirt. Ruhige Narkose nach 10 Minuten. —

Leider konnten genauere Beobachtungen über Puls etc. nicht gemacht werden, weil mir nur 2 Mal ärztliche Assistenten zur Seite standen.

Man sieht aus Obigem, dass diesen Narkosen die Schattenseiten

der übrigen Narkosenarten auch anhängen, ja, dass selbst nicht viel Chloroform gespart wird, dennoch glaube ich einen Vorzug für viele Fälle, namentlich für protrahirte Operationen zu sehen. Ausserdem wird hoffentlich viel mehr erreicht werden, wenn die Dosirung genauer adaptirt werden wird. Man sage nicht, 96 Gr. Chloroform im Falle 5 sei viel gewesen. Eine Exstirpation einer hypertrophischen Narbe aus der Lippe eines 6jährigen Mädchens erforderte einmal ohne Chloralhydrat 100 Gramm. Ich habe es noch nicht versucht, aber es will mich bedünken, man werde bessere Effecte erzielen, wenn man das Chloralhydrat in zwei Hälften theilt und die eine Hälfte per os, die andere als Klysma einführt, da die Wirkung jedenfalls von der Geschwindigkeit der Resorption abhängen muss, welche so nahezu verdoppelt sein dürfte. Man beachte, das Chloralhydrat nicht gut stärker, als in 2% Lösung in Mucilago Gummi arab. oder amyli zu geben ist. Als Normaldose für den Erwachsenen betrachte ich 3 Gr., für Kinder 0,15. Man wird am besten thun (in Analogie von Fall 3), wenn nach 10 Minuten noch kein Schlaf da ist, jede fernere 10 Minuten $^1/_3$ dieser Normaldosen nachzugeben.

Herz- und Lungenkranke müssen ausgeschlossen werden. Ich habe einmal eine phthisische Frau durch 3 Gr. Chloralhydrat gewiss 3—4 Wochen vor ihrem natürlichen Ende verloren.

Combinirte Morphium-Chloroformnarkosen sind insofern angenehmer, als das Erbrechen bei interner Chloraldarreichung näher zu liegen scheint, aber ich habe Respect vor ihnen bekommen, als ich einmal einem betrunkenen Maurer, der sich wie wahnsinnig geberdete 0,015 Morphium subcutan injicirt hatte und darauf Chloroform inhaliren liess, wobei er plötzlich ganz blass wurde und zu athmen aufhörte, bis ihn energische Reize und künstliche Respiration nach 1 Minute wieder zu regelmässigem Athmen brachten. An der Esmarch'schen Klinik sind diese Narkosen, die, irre ich nicht, zuerst von Nussbaum empfohlen wurden, verlassen worden. Bei Volkmann sah ich sie jüngst noch mit ganz angenehmen Effecten verwenden, wenngleich auch da bei 0,015 Morph. Erbrechen und heftige Excitationen vorkamen. Blau, allerdings nicht ganz blass werden, habe ich da gesehen.

Ueberall muss sich die Kunst des Arztes im Individualisiren, das nur reicher Erfahrung entspringt, zeigen, also auch hier, namentlich was die vorherige Taxe der Dosis anlangt. Wird diese reichlicher sein, so wird man hoffentlich durch schöne Narkosen erfreut werden. Ich möchte zu allseitiger Prüfung auffordern.

Gypsextensionsverband für Brüche im oberen Drittel des Oberarms.

Von demselben.

Die beiden besten Mittel zur Heilung von Knochenbrüchen sind der Gypsverband und die Extension. Im oberen Drittel des Oberarms

sind beide anher schlecht zu verwenden gewesen, und so half man sich so gut als es ging mit dem Middeldorpf'schen Achselkissen, mit der Brünninghausen'schen Schiene, mit dem Port'schen allerdings nur theilweisen Gypsverbande oder mit der einfachen Desault'schen Bindeneinwicklung. Dennoch ist hier Gyps und Extension trefflich combinirbar, wie ich erprobt habe. — Ich lege einen nicht zu grossen Haufen hydrophiler Watte in die Achsel, um das Abweichen des unteren Fragments zunächst einigermassen zu hindern, dann wird Hand, Unter- und Oberarm so hoch hinauf als möglich nach Flanell- und Gazeeinwicklung dünn gegypst. Auf den feuchten Gyps lege ich noch eine Gazebinde und wieder dünnen Gyps. Auf die äussere obere Seite des rechtwinklig gebogenen Unterarms wird je nach der Muskelstärke des Individuums der Gyps dick oder dicker aufgetragen. Um den Hals und das Handgelenk kommt eine einfache Binde. Ein Paar Gazebindentouren um Oberarm und Brust halten diesen am Körper. — Bei Tage wirkt nun die Last der dicken Gypslage am Unterarm als Extensor. In der Horizontallage wird ein Gummischlauch um den Ellenbogen und das Perineum (derselben Seite), wohin etwas Watte kommt, geschlungen, etwas angezogen und durch ein untergeschobenes kleines Kissen dafür gesorgt, dass der Ellbogen nicht nach hinten fällt.

Der dauernde Zug ist ein äusserst werthvolles Mittel bei Brüchen und kann oft eine unvollkommene Adaptation vervollständigen. Gerade am Gypsverbande lässt sich ein elastischer Zug deshalb so vortheilhaft anbringen, weil die Kraft sich durch das gleichmässige Anliegen des Verbandes sehr vertheilt, nur muss nicht wattirt werden. Eine Flanelllage genügt. Mir ist darum bei Oberschenkelbrüchen nur einmal ein Bein zu kurz gerathen, weil äussere Gründe den Zug unmöglich machten, den ich regelmässig durch ein um den gegypsten Fuss gelegtes Tuch und einen Gummischlauch bewerkstellige.

A. Kussmaul. Die Störungen der Sprache. Versuch einer Pathologie der Sprache.

(Anhang zu: v. Ziemssen's »Specielle Pathologie und Therapie«. Leipzig 1877.)

Verf. kommt durch das vorliegende Buch einem Bedürfnisse entgegen, welches seit langer Zeit schon fühlbar war und löst die Aufgabe, eine Pathologie der Sprache zu geben, mit einer Gründlichkeit und Vielseitigkeit, welche auch die Physiologie und Psychologie der Sprache in ausgezeichneter Weise berücksichtigt. Das Buch zerfällt in 36 Capitel, jedes mit einer zusammenfassenden Ueberschrift.

In den infracorticalen Gebieten des Gehirns sind nur die Einrichtungen für die mechanische Ausführung und Verbindung von Lautbewegungen gegeben, die sprachgemässe Silben- und Wortbildung

aber geht in der Rinde vor sich. Die Articulation, soweit sie intellectuelle Arbeit ist, muss als Rindenfunction angesehen werden. Die infracorticalen Articulationsapparate führen einfach die Bildung und Verbindung der Laute in derjenigen Stärke, Raschheit und Reihenfolge aus, in der die corticalen Lauttasten angeschlagen werden. — Wir dürfen ferner annehmen, dass die Perception der Laute als blosse Schallerscheinungen, oder der Schriftzüge als blosse optische Erscheinungen in den infracorticalen Gebieten erfolgt; ob auch ihre Erfassung als akustische oder optische Bilder von dieser oder jener charakteristischen Gestalt unterhalb der Rinde sich vollzieht, ist ungewiss; jedenfalls aber geschieht ihr Verständniss, d. i. ihre Verbindung mit den adäquaten Vorstellungen, ihre Benutzung als Zeichen zum Ausdruck der Gedanken, in der Rinde. — Hier geschehen auch die Erregungsvorgänge, durch die das Wort als akustisches oder optisches Bild in seinen sensorischen Lauttheilen übertragen wird auf die Lautclaviatur, wo der Worttext, zuvor noch umgesetzt in den Notentext der erinnerten Bewegungsbilder, abgespielt wird. — Endlich ist die Rinde die geheimnissvolle Werkstätte der Gedanken, hier werden die Vorstellungen, wie sie aus den mannigfachen sensorischen und motorischen Operationen des Nervensystems sich entwickeln, concipirt, in logischer Gliederung aneinander gereiht und durch besondere associatorische Vorgänge in die grammatisch geformten und syntaktisch gegliederten Wortzeichen umgesetzt, die dann durch die Claviatur zum motorischen Ausdruck kommen.

Die verschiedenen Störungen der Sprache werden an einem sehr durchsichtigen Schema anschaulich gemacht.

Als autonomer Vorgang ist die Sprache Articulation und Diction. Alle Störungen der Articulation darf man als dysarthrische Sprachstörungen bezeichnen; die Störungen der Diction als Dysphasien. Beide kann man unter dem Namen Lalopathien vereinigen. Bei allen diesen Störungen handelt es sich nur um Fehler des rein formalen Ausdrucks der Gedankenbewegung in Lauten, Silben, Wörtern und Sätzen, unbekümmert um den substantiellen Inhalt. Sobald auch die Gedankenbildung gestört ist, handelt es sich um Dyslogien und Logopathien oder, wenn man will, Logoneurosen, da ja alle Gedankenbewegung in der Nervensubstanz vor sich geht. Am ausführlichsten wird die Aphasie abgehandelt; indessen wird auch den übrigen Störungen der Sprache: dem Silbenstolpern, der Sprachstörungen bei Dementia paralytica, den dyslogischen Sprachstörungen, dem Stottern und der Aphthonie (Unvermögen zu sprechen in Folge von Krampf des Hypoglossus), dem Stammeln und Lallen und schliesslich der Taubstummheit eine gebührende Besprechung zu Theil. **Seeligmüller** (Halle).

v. Rokitansky jun. Aerztlicher Bericht des Maria-Theresia-Frauen-Hospitales zu Wien.
Wien, **Urban** und **Schwarzenberg**, 1877.

Verf. giebt in dem vorliegenden Werk einen Bericht über die in obiger Anstalt seit Mai 1875, seit welcher Zeit er Director derselben ist, bis December 1876 behandelten Kranken und eine Uebersicht über die an denselben nothwendig gewordenen Operationen. Es wurden in diesem Zeitraume 108 Frauen stationär, 429 ambulatorisch behandelt und an Ersteren etwa 1840 zum Theil sehr erhebliche Operationen mit durchgängig gutem Erfolge vorgenommen. Es sind im Ganzen 2 Todesfälle zu verzeichnen.

Bei Prolapsus uteri et vaginae hat Verf. neben den bekannten blutigen Operationsmethoden, die ihm fast ohne Ausnahme gelangen, besonders bei Vorfall der vorderen Scheidenwand sich mit Vorliebe der elastischen Ligatur bedient, und zwar, wenn man von der etwas verlängerten Heilungsdauer absieht, stets mit günstigem Erfolge.

Nach Auslöffelung von Uteruscarcinomen zog er in der Nachbehandlung Wynn-Williams Bromsolution in Anwendung, erlebte dabei jedoch einmal so heftige Erscheinungen (unerträgliche Schmerzen, Collaps), dass dieselbe unterbrochen werden musste.

Unter den Polypen, die zur Exstirpation kamen, interessirt als ein äusserst seltenes Vorkommen besonders ein etwa nussgrosser sarcomatöser Tumor, der zum Theil verknöchert war.

Von 6 Ovariotomien, von denen Verf. eine sehr eingehende Schilderung giebt, ging eine letal aus, wo bei bereits vereiterter Cyste operirt wurde. Mit Ausnahme eines anderen Falles, in dem wegen starker Blutung die Aorta comprimirt werden musste, waren die Operationen ohne besondere Schwierigkeiten. Betreffs der Stielbehandlung ist Verf. ein Freund der Spencer Wells'schen Klammer, mit der er drei Fälle behandelte; nur bei dünnem und kurzem Stiel, der sich nicht in die Bauchdecken einheilen lässt, unterbindet er mit Catgut und versenkt den Stiel.

Wenn er auch bei der Operation Lister's Vorschriften nicht streng durchführte, so wurde doch auf penible Reinlichkeit und Desinfection aller Gegenstände, welche mit der Wunde in Berührung kamen, gesehen. Zur Narkose benutzt er neben dem Chloroform eine Verbindung von Atropin mit Morphium.

Nach der Operation mussten die Pat. wohl hauptsächlich wegen der Stieleiterung noch mindestens 40 Tage, eine sogar 93 Tage in der Anstalt verbleiben (während z. B. Olshausen dieselben fast stets nach 4 Wochen entlässt. Ref.).

Unter den kleineren Operationen ist ein Fall von Oeffnung eines Abscesses der Bartholin'schen Drüsen bemerkenswerth, den Verf. genauer beschreibt, weil wahrscheinlich durch Einlegen eines mit Liquor ferri getränkten Tampons in die stark blutende Abscesshöhle schwere, pyämische Erscheinungen zu Stande kamen. **Böters** (Berlin).

Courvoisier-Sachs. Bericht über die ersten tausend im neuen Diakonissenhause zu Riehen bei Basel verpflegten Kranken.

Basel, **Schweighauser**'sche Buchdruckerei, 1876.

Verf., seit Mitte 1871 Hausarzt obiger Anstalt, giebt einen sehr ausführlichen Bericht über die seit seiner Anstellung in derselben zur Beobachtung und Behandlung gekommenen Erkrankungen. Nach einer tabellarischen Aufführung der inneren und äusseren Krankheiten, die sich ungefähr wie 2 : 1 verhalten, bei welcher auch Alters- und Berufstabellen nicht vermisst werden, folgt eine grosse Auswahl meist recht eingehend beschriebener Krankengeschichten.

Unter der grossen Zahl chirurgischer Affectionen finden wir 6 complicirte Fracturen, von denen 1 (Fract. cruris) primär amputirt werden musste (Oberschenkel, Mitte; grossentheils Heilung per primam), ein anderer Fall (Unterschenkel. Potator. Secund. Amput. unter dem Knie) nach langem Siechthum an Degeneration der grossen Unterleibsdrüsen letal endigte. Die übrigen (3 Unterschenkel, 1 Vorderarm) heilten unter conservativer Behandlung in verhältnissmässig kurzer Zeit. Eine weite Eröffnung des linken Fussgelenkes und Verletzung der Tibia durch Beilhieb heilte ohne Reaction.

Bei 31 fungösen Entzündungen der grösseren Gelenke hat Verf. 9 Resectionen unternommen; 1 Resection des Humeruskopfes starb später an Phthisis, 2 Ellenbogenresectionen, 1 partiell, 1 total, heilten mit rechtwinkliger Ankylose. 2 Kniegelenkresectionen: 1 † kurz nach der Operation an Blutverlust, 1 später amputirt und geheilt. Von 4 Resectionen des Fussgelenkes wegen Caries heilten zwei mit guter Function und activer Beweglichkeit. 2 wurden nachamputirt; Beide heilten, 1 starb aber später an Phthisis. Weiter zu erwähnen: 1 Sarcoma tarsi, amput. cruris unter der Mitte, Heilung. 1 Caries tarsi, Exartic. nach Chopart, Heilung.

Bei Coxitis hat Verf. nie resecirt, dagegen 3 mal die antiseptische Eröffnung der Senkungsabscesse und deren Drainage vorgenommen. 1 mal (13jähriger Knabe) völlige Heilung, 2 mal (im Alter von 16 und 45 Jahren) Heilung bis auf 1 schwach secernirende Fistel.

Verf. ist im Allgemeinen ein Anhänger der Lister'schen Verbandmethode, wendet jedoch erst in letzter Zeit den Carbolgazeverband und Spray an; in den meisten Fällen bediente er sich zum Verband des Karbolöles und der Salicylwatte. Vielleicht ist bei den sonst guten hygieinischen Verhältnissen die Zahl von 16 Erysipelen, die in 2 Epidemien auftraten, nicht ganz unabhängig davon, zumal sie sich zumeist unter dem Carbolölverband zeigten. Sonst ist von accidentellen Wundkrankheiten nur 1 Fall von Septikämie nach Leicheninfection zu notiren. **Böters** (Berlin).

Notta. Note sur les sutures des tendons et sur leur mode de cicatrisation.

(Bulletin de la Société de Chirurgie 1877. Tome III. Séance du 18. avril.)

N. berichtet über 4 Fälle von Sehnennath und deren Verlauf.

1) Eine 19 Jahr alte Frau zog sich durch einen Glassplitter eine Wunde des rechten Handrückens zu; die Strecksehnen des Mittel- und Goldfinger wurden zerschnitten. Dilatation der Wunde, Naht der Sehnenenden mit je einem Silberdraht, den Verf. einige Male umdrehte und dicht über der Drehung abschnitt. Schluss der Hautwunde durch 2 umschlungene Nähte. Lagerung der Hand auf einem Handbrett; Behandlung der Wunde mit permanenten Alkoholumschlägen. Primäre Vereinigung der Hautwunde nach 3 Tagen. Nach 6 Wochen wird die Schiene abgenommen; die betreffenden Finger sind vollständig zu strecken. Die Silberfäden sind nicht abgestossen.

2) Ein Fabrikarbeiter hatte sich an einer Glasscheibe eine Wunde des linken Handrücken zugezogen; 20 Stunden nach der That kam er in Behandlung. Die Hautwunde war 3 Ctm. lang; die Strecksehne des Zeigefingers durchtrennt. Die durch Heftpflaster vereinigte Wunde wurde wieder geöffnet, die Sehnenenden durch Silberdraht vereinigt, der Draht torquirt und dicht abgeschnitten. Schluss der Hautwunde durch 2 umschlungene Nähte, die Hand wird auf einer Schiene befestigt. Am zweiten Tage werden die Nadeln aus der Hautwunde entfernt; am dritten Tage Schwellung und geringe seröse Secretion der Wunde, doch binnen 8 Tagen völlige Vernarbung. Als nach 6 Wochen die Hand von der Schiene genommen wird, kann der Zeigefinger wohl gestreckt werden, doch bleibt er bei völliger Streckung der Hand mit seiner Rückfläche an der Palmarseite der übrigen Finger stehen. Nach einem halben Jahre ist vollständige Streckung möglich. Die Sehnennarbe ist nicht adhärent an der Hautnarbe, Silberdraht nicht ausgestossen.

3) Ein junger Kaufmann fasste im Falle mit der rechten Hand in eine Glasscheibe. Es entstand eine 5 Ctm. lange Wunde, einen Finger breit unter dem Gelenk des Zeige- und Mittelfingers; Durchschneidung der Strecksehne des Index, Anschneidung der des Mittelfingers. Naht der Indexsehne mit Silberdraht und weitere Behandlung wie oben. Nach zwei Tagen tritt Eiterung ein; die Silbernaht stiess sich nicht ab; in Verlauf von 4 Wochen totale Vernarbung; nach 6 Wochen vollständige Streckfähigkeit des Zeigefinger.

4) Ein 42 Jahr alter Arbeiter schnitt sich mit einer Säge in die linke Hand. Die Wunde, an der Ulnarseite beginnend, verlief dicht unter dem Metacarpalgelenk des kleinen Finger auf dem Handrücken bis zum Goldfinger. Der Kopf des Metacarpus des kleinen Finger war angeschnitten, das Gelenk eröffnet, die Strecksehnen des kleinen und Ringfingers zerrissen. Die Wunde der Haut, wie auch die Sehnenenden gezackt, zerrissen. Vereinigung beider Sehnen durch je eine Nath mit Silberdraht etc. In den nächsten Tagen trat Eiterung ein,

es bildete sich ein Abscess längs des Mittelhandknochen des kleinen Finger; 2 Knochenstückchen werden abgestossen; die Silbernähte fallen nicht ab. Nach 5 Wochen Vernarbung; keine Adhärenz der Sehnennarbe mit der Hautnarbe. Der kleine Finger ist im ersten Gelenk ankylotisch, im zweiten und dritten vollständig beweglich. Beweglichkeit des Ringfinger normal.

Um zu prüfen, ob dieses Resultat als das gewöhnliche zu betrachten sei, und ob der Silberdraht in der Sehne verbleibe, zerschnitt N. bei einer mittelgrossen Hündin die Achillessehne, nähte die Enden mit Silberdraht zusammen, vereinigte die Hautwunde. Die Heilung erfolgte per primam intentionem und lief die Hündin nach einigen Wochen wieder völlig gut umher. Die Hautnarbe liess sich gut über der Sehne hin- und herschieben.

N. tödtete das Thier und fand keine Adhärenz der Sehne mit der Haut. Die Sehne ist an der betreffenden Stelle spindelförmig angeschwollen, lässt auf Druck keine Abnormität erkennen; auf dem Durchschnitte zeigt sich der Draht vollständig reactionslos in das Sehnengewebe eingeschlossen. **Böters** (Berlin).

Köberlé. De l'hémostasie definitive par compression excessive à l'aide de pinces hémostatiques.

(Bulletins et mémoires de la société de chirurgie de Paris 1876. Tome II.)

K. benutzte seine blutstillenden Klammern zuerst im Jahre 1867 zur definitiven Blutstillung ohne Anlegung von Ligaturen. Es sind diese Klammern etwa wie Kornzangen gebaut. Die Griffbranchen derselben gleiten aneinander vorbei, und es befindet sich dicht neben den Ringen derselben eine einfache Fixationsvorrichtung, ein kurzer Stachel an dem einen, ein Loch in dem anderen Griff.

Wenn man die federnden Griffe so stark zusammendrückt, dass (nach leichter seitlicher Verschiebung) diese Fixationsvorrichtung in Kraft tritt, liegen die gezähnten Greifbranchen, sofern kein Gewebe gefasst ist, parallel aufeinander.

Man kann mit den Zangen Weichtheile bis zur Stärke von 3 Ctm. fassen; bei Schluss des Fixirschlosses wird dann das Gefasste zu einer Dicke von 1 Ctm. zusammengedrückt.

Zum ersten Mal bediente sich K. dieser Pincetten zur definitiven Blutstillung aus einer Vene, die er dicht an ihrem Eintritt in die Vena axillaris durchschnitten hatte und nicht unterbinden konnte; die Blutung stand, nachdem die Zange 24 Stunden gelegen hatte. Später fand er, dass es genüge, wenn die Zangen $^1/_4$ bis 2 Stunden liegen. Eine Nekrose der gequetschten Weichtheile tritt dann nicht ein, und es bleibt somit, und hierin besteht der Vorzug seiner Methode vor anderen, kein fremder Körper in der Wunde zurück; nur müssen die Zangen, zur Vermeidung einer Infection, vor dem Gebrauch sorgfältig gereinigt und in einer Spiritusflamme erhitzt werden.

Anfangs benutzte K. seine Zangen vorzugsweise bei Ovariotomien, später bei den verschiedenartigsten Operationen; er braucht bisweilen 15 bis 20 solcher Zangen. Nur zur Stillung der Blutung aus grossen Gefässen wendet er Ligaturen an, und auch hier lässt er wohl auch nur die Zange 2 Tage lang liegen.

In der Discussion bemerkt Tillaux, dass K.'s Pincetten wohl vorzugsweise nur zu temporärer Blutstillung benutzt werden.

A. Genzmer (Halle).

F. Warner. On the value of venaesection in the treatment of disease.

(Birmingham medical review 1877. Jan. p. 17.)

Verf. spricht sich für die ausgedehntere Anwendung der Venäsection aus in allen den Fällen, wo entweder durch einseitige Lungenaffection Collateralfluxion zur andern Lunge und Oedem derselben entsteht (Pleuritis, Pneumothorax, einseitiger Hydrothorax), oder durch Erkrankung beider Lungen (Emphysem, doppelseitiger Hydrothorax, Stauungslunge, Lungenödem, Verschliessung des Larynx und der Bronchien) heftige Dyspnoe und Lebensgefahr resultirt. Besonders in letzterem Falle, bei Behinderung des Lufteintritts in die Bronchien, bedingt durch Krankheiten des Larynx oder der Trachea, verspricht er sich, im Falle die Tracheotomie nicht ausgeführt werden kann, guten Erfolg. Die Venäsection als Antiphlogisticum verwirft er aus physiologischen Gründen und betont, dass ihre Wirkungen immer nur kurzandauernd und vorübergehend sind, und dass mit dem Blute dem Körper immer ein Stück lebenden Gewebes entzogen werde. Eine Anzahl Krankengeschichten von ihm selbst und von andern englischen Aerzten sind dem Aufsatz beigegeben.

H. Wildt (Berlin).

R. Burkart. Die chronische Morphiumvergiftung und deren Behandlung.

Bonn 1877. Mai 30.

Verf., Dirigent der Wasserheilanstalt Marienberg in Boppard a. Rh., theilt seine im Wesentlichen nichts Neues bietenden Erfahrungen über die Morphiumsucht mit. Er plaidirt für die allmälige Entziehungscur, weil er die bei der plötzlichen gänzlichen Entziehung öfter beobachteten Collapse fürchtet und weil ihm in seiner Anstalt kein anderer als ein moralischer Einfluss auf seine Patienten zu Gebote steht, während die plötzliche Entziehung stets die Anwendung physischer Beschränkung, wie sie nur in geschlossenen Anstalten möglich ist, voraussetzt. Opium in Dosen von 0,1 pro die und warme Bäder im Anfang der Cur, später vorsichtig eingeleitete Wassercuren vervollständigen die Behandlung. H. Wildt (Berlin).

Ph. Zöller. Schwefelkohlenstoff als Conservirungsmittel.

(Berichte der deutsch. chem. Gesellsch. IX. No. 13. p. 1080.)

Schon früher hatte Verf. gefunden, dass in einem verhältnissmässig sehr wenig Schwefelkohlenstoff enthaltenden Luftraum jede Schimmelbildung und Fäulnisserscheinung ausgeschlossen sei. Dieses Resultat suchte Verf. praktisch zu verwerthen, Fleisch, Früchte und Gemüse wurden in Gläser oder in Gefässe aus Zinkblech mit luftdichtem Verschluss gethan und alsdann Schwefelkohlenstoff in Gasform eingeleitet. 20 Kilo Fleisch, mit CS_2-haltiger Luft umgeben, hielten sich bei einer Temperatur von 25—33° C. über 3 Wochen lang vollkommen frisch, Brod, Früchte und Gemüse noch viel länger. Sehr einfach lassen sich derartige Versuche machen, wenn man gewöhnliche Stöpselflaschen nimmt, einige Tropfen Schwefelkohlenstoff darin verdampfen lässt und den Stöpsel mit Paraffin, Wachs oder Lack umgiesst, damit der CS_2 nicht entweicht. 5 Tropfen auf 1 Liter Luftraum sollen genügen. (Auf solche Weise conservirt z. B. Prof. Gerlach in Erlangen seine anatomischen Präparate.) — Die so behandelten Brodsorten, Gemüse und Früchte eignen sich, nachdem sie ausgelüftet sind, nach Verf. ohne Weiteres zum Genusse und sind im Geschmack und im sonstigen Verhalten dem frischen Gemüse etc. völlig gleich. Anders das Fleisch. Der CS_2 wirkt nur auf die umgebende Luft und die äusseren Theile der Substanz, hindert aber Fermentwirkungen im Innern derselben nicht. Solches Conservenfleisch besitzt daher einen unangenehmen Geruch (nach CS_2), welcher sich auch beim Braten nicht vollständig verliert, enthält flüchtige Fettsäuren und ähnelt im Geschmack dem haut-goût des Wildprets (was zweifellos genügen würde, einen solchen Braten für Viele ungeniessbar zu machen).

A. Hiller (Berlin).

Guillaumet. Du traitement des ulcérations chroniques et des plaies atoniques par le sulfure de carbone.

(Gaz. des hôpitaux 1876. Nr. 73.)

G. gelangt zu folgenden Schlüssen:

Indem der Schwefelkohlenstoff, örtlich angewandt, nur auf kranke Gewebe einwirkt, hebt er energisch deren Vitalität und befördert so in hohem Grade die Vernarbung chronischer Geschwüre. Besonders hülfreich erweist er sich in Folge dessen gegen ulcera scrophulosa, varicosa und gegen Lupus. Desgleichen leistet er bei sehr hartnäckigen syphilitischen Ulcerationen gute Dienste.

In allen Fällen genügt eine tägliche einmalige Application des gedachten Medicaments, nach welcher man mit Vortheil die Geschwürsfläche mit gepulvertem basisch salpetersaurem Wismuthoxyd bestreut.

Pauli (Cöln).

Studensky. Zur Lehre von der Bildung der Harnsteine.

(Deutsche Zeitschr. für Chirurgie Bd. VII. p. 172.)

Es wurden an Hunden 4 Reihen von Versuchen gemacht: den Thieren wurden fremde Körper in die Blase eingeführt, und dann wurde ihnen theils gewöhnliche Nahrung gereicht, theils ausserdem Milchsäure, Oxalsäure, Kalkwasser.

Von 7 Hunden der ersten Reihe fand St. bei 4 Niederschläge, und zwar bei 3 Thieren Phosphatniederschläge bei gleichzeitig bestehendem Blasenkatarrh, bei einem, der sehr schlecht genährt war, phosphorsauren und oxalsauren Kalk.

Bei einem der Hunde hatte sich ein ziemlich grosses Concrement aus Phosphaten gebildet, und bei diesem waren auch die Nierenbecken und die Nieren vollgestopft mit kleinen Steinen. Es kann somit durch Reizung der Blase in Folge eines Steines secundäre Nierensteinbildung angeregt werden.

Von 6 Hunden, welche mit Milchsäure gefüttert wurden, bekam einer bei saurem Harn einen Niederschlag von harnsaurem Natron, vier bekamen Phosphatniederschläge.

Von den 3 Hunden, die Oxalsäure bekamen, hatten 2 einen Anflug von Niederschlag auf dem fremden Körper, doch enthielt derselbe keine Oxalsäure.

Von den 6 Hunden, die Kalkwasser bekamen, zeigten 4 Niederschläge aus phosphorsaurem Kalk, einer zeigte einen Niederschlag aus phosphorsaurer Kalk-Ammoniak-Magnesia.

3 Hunde, die durch $3^1/_2$ Monate Kalkwasser bekamen, ohne dass sie fremde Körper in der Blase hatten, blieben von Steinbildung frei.

Die Niederschläge aus phosphorsaurem Kalk entstanden auch bei saurem Harn. Gersuny (Wien).

E. Masing. Einige Fälle von Anthrax abdominalis.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 9 u. 10 p. 69 ff.)

Im St. Marien-Magdalenen-Hospital mit 239 Betten kamen im letzten Jahr 4 Kranke mit intestinalem Anthrax zur Beobachtung, die sämmtlich in Fabriken mit Pferdehaaren zu schaffen gehabt hatten. Bei allen fand sich ein maligner Hautcarbunkel, 3 mal in der Unterkiefergegend, 1 mal am Kreuzbein. Die gemeinsamen Krankheitserscheinungen waren: Plötzliches Erkranken mit Frost, Hitze, Kopfschmerz; sehr ausgesprochenes Schwächegefühl, freies Bewusstsein bis kurz vor dem Tode mit lauten Klagen über den eigenen Zustand; beschleunigter, schwacher Puls, Leibschmerz spontan wie bei Druck, Ascites und Durchfälle. Das Erbrechen, welches Bollinger in Ziemssen's Handbuch als constant vorhanden aufführt, trat nur in einem Fall ein, ebenso war das Fieber bald hoch, bald mässig, bald ganz fehlend. Der Sectionsbefund bei den 3 ersten Fällen stimmt mehr mit dem von Bollinger bei an

Milzbrand gefallenen Pferden geschilderten überein, als mit dem gefallener Rinder. In der Bauchhöhle fanden sich umfangreiche, gallertartige Infiltrationen des Bindegewebes, ferner markige Schwellung der Mesenterialdrüsen, knollige Tumoren im Dünndarm mit mehr oder weniger vorgeschrittener Verschorfung, multiple Hämorrhagien, dagegen kaum eine Spur von Milzvergrösserung. Der vierte, diagnostisch ziemlich gesicherte Fall ist auf dem Weg der Reconvalescenz.

Mögling (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

C. Forlanini. Della azione meccanica del bagno d'aria compressa.

(Gazz. med. ital. Lombardia 1877. No. 13.)

F. behauptet in dieser vorläufigen Mittheilung, dass der Waldenburg'sche Apparat wirksamer sei, als der Aufenthalt in der pneumatischen Kammer, um die von Katarrh verstopften Bronchien durchgängig zu machen. Ferner dass das Bad in comprimirter Luft gar nicht das Kaliber der Gefässe, oder das Volumen der Glieder verändere, wie er dies an Fröschen, dann an den Gefässen der Conjunctiva und Retina, besonders aber durch Experimente mit dem Pletysmographen von Mosso nachweisen konnte.

Menzel (Triest).

S. Hanscom. A case of hydrophobia.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Vol. I. p. 458.)

Ein Mann wurde von einem anscheinend nicht tollen Hunde an der Hand gebissen — der Hund starb in Kurzem unter paralytischen Erscheinungen; ohne Krämpfe und Speichelfluss. Die Wunde heilte schnell. 54 Tage später klagte Pat. über heftige Schmerzen im Arme, die nicht von der unveränderten Narbe ausstrahlten. Zwei Tage später Unvermögen zu trinken; Pat. bei klarem Bewusstsein; Luftzug bewirkte Erzittern. Am 3. Tage mildes Delirium mit Hallucinationen und Angst, vergiftet zu werden, dann folgten Krämpfe und reichliche Speichelsecretion. Am 5. Tage plötzlicher Tod in sitzender Stellung. Morphium, Chloral und Bromkali waren gereicht worden. Section nicht gestattet.

Pilz (Stettin).

E. François. A case of hydrophobia.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Vol. I. p. 573.)

Ein 53jähr. Mann wurde von einem anscheinend nicht tollen Hunde, der an demselben Tage noch 2 andere Personen biss, am 3. und 4. Finger der linken Hand leicht verletzt. 90 Tage später bekommt er plötzlich Schmerzen im linken Arm und gestörten Schlaf, klagt über heftigen Kopfschmerz und Fieber; die Versuche zu trinken, misslingen. Nach subcutaner Injection von Morph. und Curare vorübergehende Erleichterung; schon am folgenden Morgen, dem 2. Tage der Erkrankung, klagt er über Kältegefühl, das Umlegen eines Shawls ruft die ersten Krämpfe hervor, welche bei Erschütterungen im Zimmer, ja bei stärkerem Luftzuge schon auftreten. So lange Pat. bei Bewusstsein ist, klagt er vorwiegend über Schmerzen im Arme; später, da die Krämpfe alle 3 Minuten trotz Curare, Morph., Chloroform wiederkehren, schwindet das Bewusstsein und es erfolgt am Abend desselben Tages plötzlich unter einer lauten Inspiration der Tod.

Pilz (Stettin).

Mazzoni. Communication sur un nouveau procédé de chiloplastie etc.

(Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique Bd. X. No. 8.)

1. Cheiloplastik. M. entfernt bei umfangreichen Unterlippencarcinomen zunächst die ganze Unterlippe mit einem halbmondförmigen Schnitt, welcher von der einen bis zur anderen Lippencommissur geht. Eine zweite Incision führt er darauf 4—5 Cm. unterhalb der ersten und ganz parallel mit derselben. Die Haut

dazwischen wird brückenartig abpräparirt, nach vorn und oben verschoben und mit metallenen Nähten fixirt (in welcher Weise die Anlegung der Suturen geschieht, wird nicht gesagt. Ref.). Die Erfolge dieser Methode sollen sehr günstig sein; Gangrän ist wegen des doppelten Stiels nicht zu fürchten.

Bei einem Defect der unteren Hälfte der Oberlippe hat M. zunächst Unterlippe und Oberlippe angefrischt, und dann den Mund total zusammengenäht. Acht Tage nach der Heilung per primam wird durch einen horizontalen Schnitt in der halben Höhe der Unterlippe ein neuer Mund gebildet, so dass die brückenartig abgetrennte obere Hälfte der Unterlippe zur Neubildung der Oberlippe gedient hat. Die Bildung der Commissuren des neuen Mundes geschah durch die Excision von kleinen Dreiecken mit nach aussen gekehrter Basis aus der ganzen Dicke der Gewebe sammt der Mundschleimhaut.

2. Neuer Verband für die Fractura patellae. Mit Zeige- und Mittelfinger beider Hände werden zunächst die Fragmente eng aneinander gehalten. Ein Assistent legt während dessen eine mehrfache Schicht von Gypsbindentouren um die Kniegelenkgegend an, wobei der Chirurg die Finger abwechselnd und nur momentan für die Anlegung der Binde entfernt. Man hält nun durch die Gypsbinde hindurch die Fragmente solange an einander, bis der Gyps vollständig erstarrt ist; die Finger werden dann successiv herausgenommen. Die zurückbleibenden Fingereindrücke müssen sofort mit Gyps und Alaun ausgefüllt werden. An der inwendigen Seite des Verbands bekommt man auf diese Weise Hervorragungen, welche die Fragmente in der Cooptation erhalten.

M. will damit schon 2 Patellafracturen zur knöchernen Consolidation gebracht haben. **Girard** (Strassburg i/E.).

Duménil. Faits pour servir à l'étude de la commotion cérébrale.

(France médicale 1877. No. 8.)

Ein Soldat sprang während des Brandes des Theaters zu Rouen aus dem 4. Stock zu Boden und starb 36 Stunden nachher. Es war ihm Blut aus Nase und Ohren geflossen. Bei der Section fand sich keine Verletzung der Knochen; die Dura mater war stark gespannt und zeigte eine dunkelviolette Färbung auf der Convexität der rechten Hemisphäre. Dieselbe war mit einer dunkeln Flüssigkeit (welcher Beschaffenheit?) bedeckt, ebenso ein Theil der linken Hemisphäre. Ueberall war die Structur der Hirnsubstanz normal, nirgends ein Bluterguss. Die Höhlen des Hirns sind leer. Das Kleinhirn zeigt einen gleichmässig röthlichen Farbenton. Eine Fractur der Wirbelsäule existirt nicht, dagegen in der Höhe des 2. und 3. Dorsalwirbels ein Bluterguss zwischen diesen und der Dura mater. Mit dem Mikroskop sieht man in der grauen Substanz des Rückenmarks zerstreut kleine Inseln, welche aus Haufen von Blutkörperchen (rothen? weissen? d. R.) gebildet werden. Die Gefässe sind überall intact. D. erklärt sich die Diapedesis durch eine vasomotorische Paralyse. Die Nervenfasern des Rückenmarks haben ein undeutliches Aussehen. — In dem zweiten Falle handelt es sich um Verletzungen, die ein 7jähriges Mädchen durch ein angeblich 50 Kilo schweres Kohlensieb an der rechten Schläfengegend und der linken Scheitelgegend erlitt. Das Kind erbrach bis zum Morgen des nächsten Tages. Am nächsten Tage war es blass, niedergeschlagen, Lähmungen fehlten. Tod 11 Uhr Abends. Section 33 h. p. m. Nirgends Spuren von Contusion auf der Hirnoberfläche. Die Gefässcanälchen der weissen Substanz erweitert. Es zeigt sich ein Blutcoagulum von 2 Ctm. Grösse (Wo?). Der Fall ist besonders interessant wegen des Contrastes zwischen der Schwere der Schädelverletzungen und der geringen mikroskopischen Veränderung des Hirns, die keinen Aufschluss über den so schnellen Tod giebt. Eine intensive Hyperämie an dem unteren Theile beider Lungen scheint die Todesursache gewesen zu sein — ein Analogon zu der von Verneuil bei eingeklemmten Brüchen beobachteten Lungencongestion. **Viertel** (Breslau).

H. Kraussold. Ueber eine durch einen Fall erworbene Cephalocele.

(Arch. f. klin. Chir. Bd. XX. 1877. Heft 4.)

Ein $1^1/_2$jähr. Mädchen hatte durch einen Fall vor $^3/_4$ Jahren eine Fractur des Ober- und Unterschenkels erlitten, welche difform geheilt waren, ausserdem soll nach dem Falle eine mannsfaustgrosse Geschwulst der rechten Schädelseite entstanden sein, welche sich allmälig bis auf die Hälfte verkleinert hatte. Der Schädel erschien einem hydrocephalen ähnlich, besonders aber sprang bei übrigens gleichmässiger Entwickelung die Gegend des rechten Tuber parietale bedeutend hervor. Der Vorsprung wurde durch einen unregelmässigen, im Ganzen elliptischen Tumor gebildet, der in sagittaler Richtung 9 Ctm., in verticaler 5 Ctm. maass. Der Tumor zeigte, ohne dass man beim Aufsetzen des Stethoskops ein Geräusch hörte, Pulsationen, synchronisch dem Herzschlage. Die Geschwulst liess sich, ohne irgend welche Gehirnerscheinungen hervorzurufen, vollständig durch Compression in die Schädelhöhle entleeren; man fühlt dann eine sehr tiefe, von abgerundeten, etwas aufgeworfenen, sich scharf abgrenzenden Knochenrändern begrenzte Lücke der Schädelwandung von unregelmässig elliptischer Form. Das Kind zeigte ausser einem enorm grossen Nahrungsbedürfniss keine geistigen Störungen. Zwei, zu diagnostischen Zwecken vorgenommene Punctionen der Geschwulst, welche klare, hellgelbe, seröse Flüssigkeit entleerten, riefen keine Reaction hervor. — Die Difformität der unteren Extremität wurde durch die Osteotomie beseitigt; die Stelle des Tumors mit einer schützenden Pelotte bedeckt.

Maas (Freiburg i. B.).

W. Handcel Griffiths. An a new treatment in post-partum haemorrhage.

(The Practitioner, 1877. London.)

Bei einer starken Blutung in der Nachgeburtsperiode, gegen die alle Mittel vergeblich angewandt waren, gebrauchte G. den Aether-Spray. Derselbe wurde meist auf die Bauchdecken, die Genitalgegend und die Wirbelsäule gerichtet. Momentanes Stehen der Blutung. In einem zweiten Fall derselbe Erfolg.

Rinne (Berlin).

J. Baker. On a remarkable case of spermatocele.

(Edinb. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 1085.)

Ein 60jähr. Mann bemerkte seit 4 Jahren eine ohne nachweisliche Ursache entstandene conische, feste, undeutlich fluctuirende Geschwulst, welche vom linken Hodensacke in das Abdomen hinaufreichte. Dieselbe maass 4″ Breite und $2^1/_2$″ Länge, änderte weder beim Liegen noch beim Husten die Gestalt und Lage; der Hoden lag vor der Geschwulst. Punction; es werden 17 Unzen trüber, milchiger Flüssigkeit entleert; die nachfolgende Jodinjection bewirkte anfangs leichte Schwellung und Entzündung, dann normale Rückbildung. In 14 Tagen konnte Pat. entlassen werden. Die entleerte Flüssigkeit zeigte zahlreiche, sich noch nach 24 Stunden bewegende Spermatozoën. **Pilz** (Stettin).

Weir. Dislocation forwards of the lower end of the ulna.

(Archives of clin. Surgery. Vol. II. p. 10.)

Die angeführte Verletzung entstand bei einer 84jähr. Frau bei fixirtem Vorderarm durch heftigen Zug an der stark supinirten Hand. An Stelle der Prominenz des unteren Ulna-Drittels war eine tiefe Furche, das Ulna-Köpfchen war an der normalen Stelle verschwunden, es prominirte leicht an der Palmarseite nahe der Mittellinie; die Hand stand halb flectirt in voller Supination; die Reduction mit Zug und Gegendruck aufs Ulna-Köpfchen ohne Narkose gelang nicht; in der Narkose gelang dagegen die Reduction leicht durch einfachen Druck auf das dislocirte Ende der Ulna. Heilung mit vollkommener Functionsfähigkeit. Diese Verletzung ist

eine seltene. Malgaigne konnte nur 9 Fälle zusammenstellen, denen Hamilton einen weiteren hinzufügte. Ausnahmslos entsteht die Luxation bei starker Supination der Hand. (Vgl. Tillmanns, Arch. d. Heilkunde 1874. p. 249. — Centralblatt f. Chir. 1874. p. 499.) **Pilz** (Stettin).

M. Duplay. Rupture sous-coutanée du tendon du long extenseur du pouce de la main droite au niveau de la tabatière anatomique.

(Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris 1876. Tome II.)

D. stellt einen 36jähr. Mann vor, der sich vor etwa 7 Wochen durch einen Fall eine schwere Zerrung des rechten Daumens zugezogen hatte. Pat konnte seither seinen Daumen, der in beiden Gelenken stark flectirt stand, nicht activ strecken. Intendirte er eine Streckbewegung, so sah man die Sehne des Abductor longus stark vorspringen, nichts aber von der Sehne des langen Streckers.

In der Höhe der Tabatière war eine schmerzhafte kleine Geschwulst bemerklich, welche bei passiv ausgeführten Bewegungen des Daumens ihre Stelle veränderte.

D. diagnosticirte eine Zerreissung der Sehne des langen Daumenstreckers und versuchte die einfache Sehnennaht. Der Versuch scheiterte, da die Autopsie eine Diastase der Sehnenenden zeigte, welche bei extremer Streckung noch 6 Ctm. betrug. D. schlitzte jetzt die Sehne des Extensor carpi rad. long., wo sie sich mit der langen Strecksehne des Daumens kreuzt, und nähte das periphere Sehnenende der letzteren, nachdem er den Daumen in starke Dorsalflexion gebracht, mittelst einer Drahtsutur in diesen Schlitz hinein. Obwohl unter einem »einfachen Verbande« eine heftige Entzündung des Armrückens und profuse Eiterung der Wunde entstand, trat doch im Laufe von 7 Wochen Vernarbung ein; der Arm war während der letzten 3 Wochen electrisirt worden. Pat. kann jetzt alle Bewegungen des Daumens activ in normaler Ausdehnung ausführen, nur weicht der Daumen bei der Streckung etwas nach innen ab. Die Hautnarbe bewegt sich mit den vereinigten Strecksehnen. Tillaux erkennt das gute Resultat Duplay's an und macht darauf aufmerksam, dass er schon vor einem Jahre über eine derartige operativ hergestellte Anastomose der peripheren Enden der Strecksehnen des 4. und 5. Fingers mit dem centralen Ende der Strecksehne des 3. Fingers berichtet habe und ausserdem soeben, vor 8 Stunden, eine Operation, genau wie sie D. beschrieben, an einem jungen Mann ausgeführt habe, der sich mit Glas verletzt hatte. Er lässt es dahin gestellt, ob die Sehnen wirklich direct mit einander verwachsen, oder nur durch die Hautnarbe in Verbindung kommen, der sie beide adhärent werden, und welche so mobil wird, dass sie den Bewegungen der Sehnen folgen kann.

A. Genzmer (Halle a/S.).

M. Trélat. Chute sur les pieds, suivie de paralysie incomplète de la motilité et de la sensibilité des membres.

(Gaz. des hôpit. 1877. No. 8.)

Ein 44jähr. Mann stürzte von dem 2. Stockwerke eines Hauses herab, zunächst mit den Füssen, dann durch Rückschlag mit den Lenden den Boden berührend, konnte aber zu Fuss das Spital aufsuchen. Gang sehr mühsam, schleppend, einknickend. Anfangs Anaesthesie der Beine. Keine Lähmung; bei jedem Versuche einer willkürlichen Muskelcontraction gerathen die Muskeln in Convulsionen und zittern noch lange nach; geringe Hautreize rufen epileptiforme Contractionen hervor. Die Hände halb flectirt, zitternd. Keine Incontinenz. Diagnose: Commotio medullae spinal. mit darauffolgender Congestion. Weitere Angaben fehlen.

Winiwarter (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. v. Lesser, in Leipzig. Dr. M. Schede, in Berlin. Dr. H. Tillmanns in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 33. **Sonnabend, den 19. August.** **1877.**

Chassagny. Compression et immobilisation méthodiques par l'air ou par l'eau, pansement des plaies avec occlusion hermétique.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 7 u. 10.)

Ch. hat sich längere Zeit theoretisch, endlich auch praktisch mit der Idee, die methodische Compression als Heilmittel zu verwenden, befasst, einer Idee, welcher zuerst schon vor 100 Jahren Lombardus (von Strassburg) Ausdruck gegeben hat. Ch. construirte zu diesem Zwecke eigene Apparate, welche mit der methodischen Compression zugleich die Immobilisation mitbewirken sollten. Das allgemeine Princip von Ch.'s Methode besteht darin, mehr oder weniger ausgedehnte Oberflächen des Körpers dem sanften, regelmässigen Drucke eines dünnwandigen Kautschuksäckchens auszusetzen, welches sich unter dem Einfluss von injicirtem Wasser, oder eingeblasener Luft aufbläht, und das sich nach aussen an eine solide, unausdehnbare Umhüllung anschliesst, welche ihm zur Stütze dient.

Je nach den verschiedenen Körperregionen sind natürlich auch diese Apparate verschieden, und Verf. macht in dieser Rücksicht 2 Abtheilungen: 1) Fälle, wo begrenzte Oberflächen zu comprimiren sind (Brustdrüse, ein Tumor etc.); 2) Fälle, wo man eine cirkuläre Compression ausüben will (Extremität in ihrer ganzen Länge, ein Gelenk etc.). Im ersten Falle wird eine nicht ausdehnbare Umhüllung (aus Metall, besser Zwillich) hergestellt, deren Ränder genau auf der Basis des Tumors aufsitzen, während die Fixation mit Bändern hergestellt wird. In diese Hülle eingeschlossen ist das Kautschuksäckchen, welches den freien Raum zwischen Tumoroberfläche und äusserer Umhüllung einnimmt. Ein Schlauch, der durch die letztere hindurch nach aussen führt, setzt den Innenraum des Kautschukballons mit der äusseren Umgebung in Verbindung. Durch diesen Schlauch wird, im Falle der Anwendung des Apparates, Luft in den Kautschukballon geblasen oder Wasser injicirt. Letzteres giebt ein angenehmeres Gefühl und kann in gewissen Fällen (bei Behandlung von Entzündungen der Gewebe) sogar als Heilmittel verwandt werden, indem je nach Bedarf durch einen auf der anderen Seite des Kautschukballons angebrachten zweiten derartigen Schlauch das warm gewordene Wasser abgelassen und entsprechend kaltes durch den ersten Schlauch zugeführt wird.

Der Kautschukballon dient nur durch seine Biegsamkeit und Impermeabilität; seine Elasticität und Ausdehnbarkeit hat bei dem Apparate gar keinen Belang; es ist gerade so, wie wenn man sich die äussere (Zwillich-) Umhüllung an der Basis der Brust angeleimt und in sie hinein selbst die Wasserinjection gemacht dächte. Der Kautschukballon muss dünnwandig und gross sein, damit er die zu comprimirende Oberfläche überall umhülle und dabei selbst nicht ausgedehnt werde. Hierin sei, meint Verf., der Unterschied seiner Methode von den bisher üblichen Compressionsweisen gegeben.

Besonders macht Ch. auf die Aneurysmen als dankbares Material für die Anwendung seiner Compressionsmethode aufmerksam. Sie werde viel leichter ertragen, als die Digitalcompression, da sie viel weniger empfindlich sei. (Das nähere Detail s. im Original.)

Die circuläre Compression sei im Ganzen leichter ausführbar und häufiger anzuwenden. Verf. beschreibt ausführlich den complicirtesten unter den circulären Compressionsapparaten, nämlich jenen für die Hüfte. Der Apparat (eine Zeichnung ist beigegeben) besteht aus einer Art Zwillichhose, die sich vom Gürtel bis unter das Knie erstreckt. Dieselbe ist durch der Länge nach eingefügte Krinolinstahlfedern resistenter gemacht und vorn, in der Medianlinie, zum Auseinanderklappen hergerichtet. Für die natürlichen Leibesöffnungen sind Ausschnitte gemacht. An der vorderen Fläche wird der doppelwandige Kautschuksack applicirt, der, eintheilig im Niveau des Gürtels, von der Steissbeingegend an zweitheilig ist. Bei der Anwendung des Apparates wird der Patient auf die geöffnete Hose gelegt, welche bereits den Kautschuksack enthält; man schlägt sodann

oben das Bauchstück desselben über den Bauch, die zwei unteren Theile auf die vordere Fläche der Schenkel und schliesst die beiden Hosenschlitze; schliesslich wird der Kautschuksack aufgeblasen oder Wasser in denselben injicirt.

In ähnlicher Weise beschreibt Ch. die Modificationen seines Apparates für alle sonstigen Gelenke, worauf hier nicht näher eingegangen werden kann.

Verf. zählt dann die Krankheitsformen auf, wo sein Apparat anzuwenden wäre. Wir heben als die wichtigsten hervor: Die einfache Arthritis, Hydarthros, Coxalgien, Tumor albus, Neuralgien etc., ferner Verletzungen und Operationswunden der ausgedehntesten Form.

Um die physiologische Wirkung der Compression mittelst des Kautschukballons zu studiren, legte sich Verf. seinen Apparat selbst an verschiedenen Stellen der unteren Extremität an und trug ihn eine Nacht hindurch. Dabei zeigte sich, dass der unter der comprimirten Stelle gelegene Theil des Gliedes nie anschwoll und als Morgens der Apparat entfernt wurde, konnten die Grenzen nicht bestimmt werden, wo die Compression anfing und wo sie aufhörte. Ein weiterer Vortheil der Compression der Extremitätsmuskeln ist — wie sich Verf. bei seinen Versuchen an sich selbst überzeugte — die hierdurch bewirkte gleichzeitige physiologische Immobilisation. Letztere Eigenthümlichkeit der Methode möchte, wie Ch. meint, insbesondere bei der Behandlung der Fracturen von Belang sein.

Behufs Herstellung des hermetischen Occlusionsverbandes der Wunden leistet, wie Ch. meint, sein Apparat das möglichst Vollkommene. Ueberdies könne man, um das wiederholte Abnehmen des Verbandes unnöthig zu machen, einen Schlauch durch die äussere Hülle und durch den Kautschukballon hindurch bis an die Wundoberfläche leiten, wodurch das Irrigiren der Wundfläche mit desinficirten Flüssigkeiten ohne Abnahme des Apparates möglich werde.

Verf. schliesst seine Mittheilungen mit dem Bericht über einige klinische Erfahrungen bei Anwendung seiner Compressionsmethode. Das Material ist bisher noch klein, doch sind die sehr günstigen Resultate bei ausgedehnten eitrigen Mastitiden, seröser Gonitis, gichtischer Arthritis, immerhin aufmunternd genug, um der Methode des Verf. das Interesse der Fachgenossen zu sichern.

Fr. Steiner (Wien).

---

v. **Nussbaum.** Einige Bemerkungen zur Kriegschirurgie. (Aus einem klinischen Vortrag.)

(Bayr. ärztl. Intelligenzblatt 1877. No. 23. p. 233.)

Verf. empfiehlt nach eignen Versuchen die für das Schlachtfeld bestimmten Esmarch'schen Salicylwatteballen aufs wärmste, da ihre antiseptische Wirkung bei frischer Verletzung vollkommen genüge. Das Einstreuen reiner Salicylsäure in Wunden ist als zu

stark reizend nicht anzurathen. v. N. möchte, wie Esmarch, jedem Soldaten zwei lockere Salicylwattetampons mitgeben, von der Grösse einer Zwetsche und einer Aprikose, zusammen 8 Gramm schwer. Dieselben solle man nicht in die Soldatenröcke verpacken, da diese häufig nass und täglich geklopft werden, sondern in Pergament eingehüllt im Tornister unterbringen. **Mögling** (Tübingen).

Raynaud. Etude expérimentale sur le rôle du sang dans la transmission de l'immunité vaccinale.

(Compt. rend. Tome 84. p. 453—56.)

R. hat experimentell aufzuklären gesucht, welches Vehikel dem vaccinirten Organismus die Immunität gegen die Pocken verschafft. Von der Wahrscheinlichkeit ausgehend, dass es das Blut ist, hat R. je einen Tropfen vom Blut vaccinirter Kinder nicht Vaccinirten unter die Haut gebracht. Da möglicher Weise die seit der Vaccination verflossene Zeit auf die Inoculationsfähigkeit Einfluss haben konnte, so entnahm er das Blut in den verschiedensten Zeiträumen nach der Vaccination, vom ersten bis zum 40. Tage. Trotz alle dem war das Resultat sämmtlicher Versuche — 35 an Zahl — ein absolut negatives. In zwei Fällen wurde das Blut aus der allernächsten Nähe der Pusteln entnommen, allein auch dies Blut erwies sich nicht inoculirbar. In 5 Fällen ergab der Controlversuch, dass die geimpften Kinder für die Vaccination empfänglich waren.

Da möglicher Weise in der geringen Menge des geimpften Blutes der Misserfolg seinen Grund haben konnte, so versuchte R. weiterhin die Bluttransfusion an Thieren. Einer Färse, deren Pusteln am 6. Tage nach der Vaccination in vollster Blüthe standen, wurden aus der Jugularis 250 Grm. Blut entzogen und einer zweiten ungefähr 3 Monat alten Färse transfundirt. In den nächsten 5 Tagen war im Befinden des Thieres nichts Abnormes zu constatiren. 14 Tage später wurden auf der Brusthaut 60 Inoculationen mit frisch gesammelter Vaccine gemacht, indess entwickelte sich hier nirgends auch nur eine Pustel, während eine andere Färse, mit derselben Vaccine geimpft, eine vortreffliche Eruption zeigte. Es ergiebt sich also daraus, dass unter Umständen das Blut der Träger des Stoffes ist, der die Immunität zu übertragen vermag. R. hat keine Erscheinung beobachtet, die äusserlich die tiefe Veränderung verrathen hätte, welche durch die Transfusion hervorgerufen wäre, ausser eben dem Misserfolg der Vaccination. Der Einwand, welcher dem Versuch gemacht werden könnte, es möchte das Versuchsthier infolge bereits überstandener Pocken immun gewesen sein, wird durch die Erfahrungen von Chambon ausserordentlich unwahrscheinlich, dem in 8jähriger Praxis an Färsen niemals eine einzige vorgekommen ist, bei der die Inoculation erfolglos geblieben wäre. **J. Munk** (Berlin).

H. Wegscheider. Zur Kenntniss der Temperaturvertheilung in fieberhaften Krankheiten.

(Virch. Arch. Bd. LXIX. p. 172.)

Bei seinen Versuchen »über das Verhalten der Hauttemperatur im Fieber« benutzte W. die Schülein'sche Art der Temperaturmessung (vgl. Centralbl. f. Chirurgie 1876. p. 388). (Ein Thermometer in der Achselhöhle, ein anderes zwischen erster und zweiter Zehe mittelst Gummiring festgehalten.) Er befestigte zugleich ein drittes Thermometer zwischen die Zehen des anderen Fusses. Der grösste Theil der Messungen wurde an Ileotyphus-Patienten im fieberhaften und reconvalescenten Stadium angestellt. Die Innentemperatur, wie sie in der Achselhöhle gemessen wird, geht nicht nothwendig parallel mit der an irgend einer Körperstelle gemessenen Hauttemperatur. Selbst zwei vollständig symmetrische Hautstellen, wie sie die gleichen Zehenzwischenräume rechts und links darstellen, zeigen durchaus keinen gleichmässigen Gang ihrer Temperatur. Während des Fiebers finden sich in den Temperaturen einer und derselben Hautstelle viel grössere Schwankungen, als im fieberlosen Zustand bei demselben Individuum. Ebenso sind die Differenzen zwischen einer Hautstelle und der Innen- (Achsel-)temperatur im Fieber häufig grösser, als im fieberlosen Zustande. Die Hautgefässe scheinen also sich während des Fiebers in einem abnormen Erregungszustande zu befinden.

Jobbé-Duval und Landrieux stellten die Behauptung auf, dass bei einseitiger entzündlicher Affection der Brustorgane die Temperatur der erkrankten Seite (in der Achselhöhle gemessen) stets höher sei, als die der gesunden. W.s Versuche gaben kein so positives Ergebniss. Die Differenzen zwischen den Temperaturen beider Achselhöhlen sind überhaupt sehr gering und selbst die grösste beobachtete Differenz übertrifft die auch bei Gesunden vorkommenden Differenzen nur wenig. Die beiderseitige Achselhöhlenmessung hat nach W. als diagnostisches Hülfsmittel keine Bedeutung. **Madelung** (Bonn).

Gschirhakl. Ueber Sublimatpräparate für subcutane Injectionen.

(Aus der Abtheilung des Prof. **Reder** im Garnisonsspital No. 1 zu Wien, cf Wiener med. Wochenschr. 1876, No. 47 und 48.)

(Wiener med Wochenschr. 1877. No. 10, 12, 13 und 14.)

Nach Anführung der bekannten übeln Vorkommnisse bei hypodermatischen Sublimatinjectionen schildert Verf. seine Versuche mit Bamberger's Quecksilberalbuminat, das schwer darzustellen und zu conserviren ist. Reinigung der Spritze, Technik der Injection, Massiren der Injectionsbeule werden beschrieben und empfohlen.

Weniger schmerzhaft als die Lewin'schen Sublimatinjectionen sind diejenigen des Bamberger'schen Präparates, noch besser vertragen werden letztere, wenn der Quecksilberalbuminatlösung etwa $^1/_3$

Glycerin zugesetzt wird; auch wird die Lösung dann leichter klar erhalten und dauerhafter. Am besten aber erwies sich eine Chlornatriumsublimatmischung, bei welcher jede Induration des Infiltrates und Unterhautzellgewebes ausblieb. Die Formel, nach welcher Verf. diese Mischung anwandte, war:

Hydrarg. bichl. corr.	1,0
Natr. chlorati puri	6,0
Aq. dest.	100,0

v. Mosengeil (Bonn).

H. Senator. Wie wirkt das Firnissen der Haut bei Menschen.

(Virch. Arch. LXX. p. 182.)

Dass die Störung der Hautthätigkeit, wie sie beim ausgedehnten »Ueberfirnissen« stattfindet, schwere Schädigungen des Organismus und den Tod herbeiführt, ist mit Sicherheit nur für Thiere bewiesen. Dass der Mensch solche Eingriffe anders und besser verträgt, geht aus mancherlei alten Erfahrungen hervor (Gebrauch von Fetten, Theereinreibungen, Oelbädern zu therapeutischen und kosmetischen Zwecken; die Panzerbildung durch Schuppen und Borken bei Psoriasis, Ichthyosis, Eczema squamosum). Versuche jedoch, derartig die Functionen der Haut zu prüfen, sind bei Menschen noch nicht gemacht. S. hatte zu früheren Versuchen, die Haut des Menschen zu firnissen, Individuen im fieberhaften Zustand benutzt. Er ging dabei von der Beobachtung aus, dass bei Thieren schnelles Abfallen der Körpertemperatur zu den ersten und hervorragendsten Wirkungen des Ueberfirnissens gehört. Bei den neuen Versuchen wurde besonders Heftpflastereinwickelung, Bepinselungen mit Collodium ricinatum gewählt. Es geht aus diesen Versuchen hervor, dass die Unterdrückung der Hautthätigkeit für den Menschen kein tödtlicher und auch kein krankmachender Eingriff ist. Von allen bedrohlichen Erscheinungen, welche selbst grössere Thiere darbieten, wenn auch nur die Hälfte ihrer Hautoberfläche gefirnisst wird, war beim Menschen nichts zu bemerken. Ein Mal, aber nicht ganz sicher, wurde Zunahme der Harnmenge beobachtet. Aber auch ein Einfluss auf die Körpertemperatur wurde in der zweiten Versuchsreihe nicht wieder beobachtet. Früher bei ausgedehnten Bepinselungen mit Collodium beobachtete Temperatursenkungen werden durch die längere Entblössung des Körpers bei Zimmertemperatur und die Verdunstung des Aethers erklärt.

Madelung (Bonn).

---

v. Buschmann. Aus der chirurg. Klinik des Prof. Billroth. Casuistische Beiträge zur Therapie der malignen Lymphome.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 1, 2, 3 und 4.)

Den Begriff »Lymphom« definirt Verf., um der vielfach herrschenden Unklarheit zu begegnen, dahin, dass man darunter nur diejenigen Tumoren der Lymphdrüsen versteht, welche ohne nachweis-

bare Infection von einem anderen Krankheitsherde aus meist unbekannten Gründen entstehen. Sie gehen äusserst selten Metamorphosen ein, erweichen nicht, schrumpfen nicht, verkäsen nicht und bleiben, histologisch betrachtet, stets im Stadium der Hyperplasie. Die auf mittlere Grösse beschränkt bleibenden können als gutartige bezeichnet werden, die rasch wachsenden, malignen, breiten sich bald auf andere Drüsengruppen aus und treten oft multipel auf, bisweilen auch metastatisch (in Lunge, Milz, Leber, Nieren) und dann haben die metastatischen Tumoren in inneren Organen auch Lymphdrüsenstructur. Die malignen Lymphome treten in zwei Formen auf: 1) weiche, grosse Tumoren, mit später Confluenz der Drüsen untereinander, 2) harte Tumoren mit rascher Confluenz der Drüsen und Bindegewebsbeimischung neben Hyperplasie der Lymphnetze zeigend. In beiden Fällen wird das periadenoide Gewebe später auch lymphomatös. (Auf die erstere Form hat Arsenik entschiedene Wirkung.) Ausserdem ist noch das Lymphosarcom (Klein-Rundzellen-Sarcom) hier zu nennen. — Die frühe Differentialdiagnose ist oft nicht möglich.

Das weitere Fortschreiten der Erkrankung in den Lymphbahnen erfolgt nie sprungweise, sondern stets continuirlich. Symmetrischwerden der Schwellungen ist mehrfach beobachtet, und es ist hervorzuheben, dass am Halse und in der Achselgegend die Erkrankung äusserst häufig, Mitbetheiligung der Inguinaldrüsen nur in den schwersten Fällen vorkommt, dass alsdann die Mediastinaldrüsen mitbetheiligt sind und dass primäres Auftreten an den unteren Extremitäten vom Verf. noch nicht gefunden wurde. — Coincidenz eines Milztumors ist sehr häufig zu constatiren und der Causalnexus zwischen diesen verschiedenen Schwellungen noch aufzuklären. Was die Therapie betrifft, so wurde hauptsächlich mit Tinct. arsen. Fowleri operirt, welche in Quantitäten von 1—3 Tropfen parenchymatös injicirt und innerlich in steigenden und wieder abnehmenden Dosen (meist mit Tinct. ferri pommat. ana) zugleich gegeben wurde. In einzelnen, den Formen der ersten Art angehörigen Fällen war der Erfolg evident. Abscesse und Phlegmonen kamen öfter vor. Versuche mit Bamberger's Quecksilberalbuminat waren nicht sehr ermunternd.

v. Mosengeil (Bonn).

Langenbuch. Ueber die Herstellung einer Blutleere für die Operationen an Lippen und Wange.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 14.)

Verf. hat seit etwa zwei Jahren eine »Umstechungsconstriction« in den betreffenden Partien angewandt, wobei er mit fester Seide in Gestalt von Drei- und Vielecken das Operationsfeld derartig umstach, dass jeder eine Seite einnehmende Faden, welcher über der Haut möglichst fest geknotet wurde, am Ende eine kleine Kreuzung mit seinem Nachbarfaden hatte. Nach Vollendung der Operation wurde eventuell die Wunde erst vernäht, ehe man zur Entfernung der constringiren-

den Fäden schritt. Zugleich zeigte sich ausser Aufhebung der Blutcirculation locale Anäthesie. — Für die Privatpraxis ist das Verfahren gewiss sehr zu empfehlen, wenn keine Hülfe für Ausübung der Compression vorhanden ist. **v. Mosengeil** (Bonn).

Schmidt-Rimpler. Hornhautimpfungen, vorzugsweise mit Thränensackeiter angestellt und Benutzung derselben zur experimentellen Prüfung der Wirkung desinficirender Mittel.

(Virch. Arch. LXX. p. 202.)

Thierexperimente stellten fest, dass das Secret der Thränensackblennorrhoe eine infectiöse Beschaffenheit hat, ebenso die bei Conjunctivitis diphtheritica gebildeten Membranen; dass weiter die Hypopionkeratiten, welche bei gleichzeitig bestehendem Thränensackleiden auftreten, ihren Ursprung einer Wundinfection verdanken. Dasselbe kann nach den Impfversuchen von den sich zur Conjunctivitis diphtheritica hinzugesellenden, deletären Hornhautaffectionen gesagt werden. — Schm. prüfte weiter die Wirksamkeit verschiedener desinficirender Mittel auf die Ansteckungsfähigkeit des Thränensacksecretes. Durch eine Reihe von diesen Stoffen wurde dieselbe vernichtet: Chlorwasser, Salicylsäure, Carbolsäure, Thymol, Alkohol; Lösungen von Zinç. sulph. und Kali hypermangan. desinficirten mit Sicherheit nur in den stärkeren Lösungen. Eine Lösung von Ferrum sulph. (1 : 30) wirkte nicht sicher. Glycerin und 1/2 % Lösung von Chinin muriat. hatten nur geringe Wirkung. Für die praktische Augenheilkunde empfiehlt sich als desinficirendes Mittel am meisten Aqua Chlori, da dieselbe Schleimhaut und Cornea fast gar nicht reizt.

Mikroskopische Untersuchungen, die sich auf das Vorkommen von Schistomyceten in dem Impfmaterial und in der geimpften Cornea erstreckten, zeigten, dass der Grad und die Höhe der Hornhautentzündungen, die nach Impfungen mit blennorrhoischem Thränensacksecret auftreten, nicht in geradem Verhältniss zu der grösseren oder geringeren Zahl der im Corneagewebe nachweisbaren Pilzelemente stehen.

Madelung (Bonn).

Dittel. Spindelförmiges Aneurysma verum der Carotis communis sinistra. (Periphere Ligatur. — Tod.)

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 4.)

Nach Einleitung seiner Arbeit durch Anführung der statistischen Arbeiten über die in der Litteratur verzeichneten Fälle von Ligatur der Carotis, sowie der betreffenden Indicationen und Resultate, theilt Verf. seinen eignen Fall mit, bei welchem die periphere Ligatur gewählt werden musste, da das centrale Ende des Aneurysma nicht zu erreichen war. Ein starker stenocardischer Anfall machte eines

Tages die unmittelbare Operation nöthig. — Bemerkenswerth sind die kleinen Winke betreffs Ueberwindung der einzelnen bei der Operation sich einstellenden Schwierigkeiten. — Während der Operation erfolgte eine starke Blutung durch den übeln Zufall eines Ausreissens der Arteria thyreoid. sup. aus der Carotis. Die Thyreoidea war vorher zwischen zwei Ligaturstellen durchschnitten worden. Im weiteren Verlauf traten mehrfach Blutungen auf, besonders bei Anstrengungen, zu uriniren (— Pat. hatte Stricturen —) und schliesslich erfolgte der Tod. — Ausser der grossen Anämie des Pat. zeigte sich trotz Anwendung antiseptischer Verbandmittel Jauchung in der Gegend der Operationswunde. Im Verlauf der Aorta waren zahlreiche sackförmige Aneurysmenausstülpungen vorhanden. — Der Tod war herbeigeführt worden theils durch jauchigen Zerfall und Durchbruch von der Mitte der äusseren Wand des Aneurysma in die Jugularis communis, theils durch gleichartigen Zerfall der Ligaturstelle an der Carotis communis und dadurch bedingte Blutung. — Während des Lebens bestanden Heiserkeit und Schlingbeschwerden, die wohl vom Druck auf den Vagus herrührten. **v. Mosengeil** (Bonn).

Lautenbach. On a new function of the liver.

(Philadelphia med. Times 1877. Mai 26. No. 248. p. 387—394.)

Die Unterbindung der Vena portarum ruft nach L. ähnliche Symptome hervor, wie grosse Dosen eines Narcoticum, z. B. wie Morphium, mit dem Unterschiede, dass sie nicht direct Schlaf erzeugt, sondern die Sensibilität aufhebt, und dadurch zum Schlafen disponirt. Dies dauert bis zum Tode, welcher beim Hunde in $^1/_2$—4 Stunden, bei Kaninchen und Katzen früher auftritt. Ausserdem zeigen sich folgende Symptome:

1) Milz, Magen, Gedärme, Mesenterien etc. enorm mit Blut gefüllt, Leber blutleer, Gallenblase leer.

2) Pulsfrequenz vermindert. Druck in den Arterien anfangs erhöht (kurz nach der Unterbindung, oft um das Doppelte), später herabgesetzt.

3) Es erfolgen Contractionen des Zwerchfells bei jeder Herzcontraction und isochron mit derselben. Hebt man den linken Nerv. phrenic. vom Pericardium ab, so verschwindet dies Phänomen, welches nach den Untersuchungen des Verf. auch nach Vergiftungen mit Giften, die die Hemmungsfasern des Herzens lähmen, eintritt und auf einem electrischen Strome beruht, welcher in dem Herzmuskel erzeugt und vom linken (nie vom rechten) Nerv. phren. zum Zwerchfell geleitet wird (Philadelphia med. Times 1877. März 31. p. 296).

4) Respiration oft stertorös, Frequenz derselben vermindert.

5) Oft kann man, wenn sub finem vitae Athmung und Puls einige Minuten ausgesetzt haben, durch Abwärtsstreichen längs der Carotiden (? Red.) beides wieder erzeugen, und leitet man künstliche Athmung ein, so schlägt das Herz noch längere Zeit fort.

Bei Kaltblütern kann man nur selten obige Symptome beobachten, welche weder durch Unterbindung der Venae hepaticae, noch die der Gallenausführungsgänge, noch die der Vena cava hervorgerufen werden. Wurde nach Unterbindung der Vena portae Blut von der Renalarterie in die vena portae jenseits der Ligatur geleitet, so trat der Tod noch früher ein, als ohne dies.

Spritzte L. das venöse Blut ($^1/_2$—3 Kbcm.) von Hunden, die nach Unterbindung der Vena portae dem Tode nahe waren, in die Lymphsäcke von Fröschen, so traten dieselben Symptome ein, wie nach Unterbindung der Vena portae höherer Thiere; der Tod erfolgte innerhalb 3 Stunden. Schon mässige Erhitzung desselben venösen Blutes nahm demselben sofort seine giftigen Eigenschaften.

Alle Versuche L.'s, das Gift, welches nach Unterbindung der Vena portae sich im Blute nach des Verf. Meinung anhäuft, zu isoliren, sind gescheitert. Dagegen führt L. ferner den Nachweis, dass die Leber auch andere in's Blut gelangte Gifte unschädlich macht.

I. Nicotin. a) Injicirt man einem Hunde $^1/_2$ Tropfen Nicotin, so tritt meist der Tod nicht ein, unterbindet man die Vena portae, so tritt Trismus und Tetanus auf, der Tod erfolgt dann oft schon nach $^1/_5$ Tropfen.

b) Injection von 1 Tropfen tödtet schon einen ziemlich grossen Hund. Macht man die Injection so, dass das Gift die Leber passiren muss, ehe es in den Kreislauf kommt (in Mesenterialvenen z. B.), so entsteht tiefe Respiration, beschleunigter, schwacher Puls, Aufhebung der Sensibilität, jedoch ist das Thier in $^1/_4$—1 Stunde wieder hergestellt. Zwei Tropfen genügen, um den Tod herbeizuführen; Unterbindung der Gallengänge hat absolut nicht diese Wirkung.

c) Bringt man Fröschen $^1/_{10}$ Tropfen Nicotin in's Blut, so erfolgt der Tod unter ähnlichen Erscheinungen, wie bei Säugethieren; $^1/_{20}$ Tropfen ruft nicht den Tod herbei. Exstirpirt man jedoch die Leber, so erfolgt der Tod schon nach $^1/_{40}$ Tropfen. Unterbindet man das Gefäss, welches einen Theil des Blutes vom Abdomen an der Leber vorbei zum Herzen führt, so dass nach der Unterbindung alles Blut die Leber passiren muss, so erfolgen auf $^1/_{10}$ Tropfen nicht die geringsten Symptome und $^1/_5$ Tropfen führte noch nicht den Tod herbei.

d) Macerirt man Lebersubstanz (von Kaninchen, Hunden etc.) mit Nicotin, so verliert letzteres zum Theil seine giftigen Eigenschaften. L. ist der Ansicht, dass im Nicotin 2 Gifte enthalten sind, von denen das eine die tetanischen Symptome hervorruft (dieses wird durch die Leber zerstört), das andere, dessen Symptome denen der Ataxie locomotrice ähnlich sind, wird nicht afficirt.

II. Hyoscyamin. Es verhält sich analog dem Nicotin. Bei Fröschen, denen die Leber exstirpirt war, fand L. überdies, dass die Reflexbewegungen bis zum Tode dauerten; reizte man jedoch den Nerv. ischiad. mit noch so starken Strömen, so kamen keine Muskel-

zuckungen, während die Muskeln selbst gereizt, sich contrahirten (vergl. den Aufsatz von L., Philad. med. Times Vol. VII. No. 243). Wenn die Leber exstirpirt, oder die Vena portae unterbunden ist, so mischen sich bei Hyoscyaminvergiftungen nach L. die Symptome des Narcoticum mit denen des Giftes, welches sich in jedem normalen Blut bildet, und durch die Leber ausgeschieden wird. Diese Symptome sind jedoch sehr ähnlich: Beide Gifte hemmen die Bewegungen, beide setzen die Sensibilität herab, rufen Schläfrigkeit hervor und paralysiren die Hemmungsfasern für's Herz im N. vagus.

III. Coniin verhält sich vollkommen analog.

Versuche mit dem Gifte einer Schlange (cobra-snake) ergaben dasselbe Resultat und dies erklärt den Grund, warum solche Gifte in den Magen gebracht keine Symptome erzeugen.

Bei Curare, Blausäure und Atropin trat der besprochene Einfluss der Leber nicht zu Tage. Gelegentlich der Experimente an Fröschen fand L. ferner, dass nach Exstirpation der Leber, oder nach Vergiftung mit Hyoscyamin die Thiere zu quaken anfingen, wenn man leise den Rücken streichelte oder sie auf den Rücken legte; es handelt sich hier um denselben Reflexact, welchen Goltz (Functionen der Nervencentren des Frosches) hervorrief, indem er den Thieren die Hemisphären des Hirns wegnahm, und die man nach L. auch erhält, wenn man den Pedunculus cerebri auf einer Seite durchschneidet. Das Gift, welches also nach Exstirpation der Leber sich im Blut der Frösche anhäuft, paralysirt nach einigen Tagen den Hemmungseinfluss, den das Hirn auf die Reflexthätigkeit der Stimme ausübt.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Schede. Ueber die Drainage des Uterus bei puerperaler Septikämie.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 23 und 24.)

Anknüpfend an Fritsch's Aufsatz: Ueber das Puerperalfieber und dessen locale Behandlung (R. Volkmann, Sammlung klin. Vorträge No. 107 — vgl. Centralbl. f. Chir. 1877. No. 23) theilt Sch. die Erfolge mit, die er in allerdings nur wenigen Fällen bei einem der Idee nach gleichem Verfahren, wie Fritsch es anwandte, erreichte. Er spülte nämlich bei Puerperalfieber den Uterus mit antiseptischen Flüssigkeiten aus, nachdem sich bei der Untersuchung die Verhaltung jauchiger Massen in der Gebärmutter ergeben hatte. In einigen Fällen war der Erfolg ein in die Augen springend günstiger, in zwei anderen wurde der Tod nicht vermieden. Eine aufgeworfene Frage, ob Drainage durch liegenbleibende Gummirohre erlaubt sei, wie es Sch. anwandte, oder ob nur periodische Auswaschung empfohlen werden müsse, kann wohl für die meisten Fälle zu Gunsten der Sch'schen Methode beantwortet werden. **v. Mosengeil** (Bonn).

Beigel. Ueber accessorische Ovarien.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No 12.)

Nachdem durch Pflüger die alte Anschauung erschüttert war, dass die Ovarien einen totalen Peritonealüberzug besässen, der nur am Hilus einen Schlitz zum Eintritt der Gefässe trage, und nachdem Waldeyer die scharfe Grenze des Bauchfells nachgewiesen, die so deutlich zu bemerken ist, fand Letzterer zugleich an der Grenzlinie des Peritoneums kleine fibroidartige Gebilde. Verf. hat dieselben bei 350 weiblichen Leichen acht mal gefunden. Ihre Grösse variirte von der eines Hanfkornes bis zu der einer Kirsche. Sie waren gestielt oder stiellos, kamen in jedem Alter vor, und selbst bis zur Zahl sechs an einem Ovarium. Histologisch manifestirten sie sich als Eierstöcke; sie zeigten mikroskopisch normales Eierstocksgewebe nebst Follikeln in den verschiedensten Entwicklungszuständen. Diese accessorischen Ovarien können hiernach sowohl die Quelle einer Conception, als den Ausgangspunct einer Ovarialgeschwulst geben.

v. Mosengeil (Bonn).

Putnam. Distribution of the median and ulnar nerves.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Vol. I. p. 175.)

Die sorgfältige Untersuchung eines Kranken, der sich den N. median. und ulnaris hart am Handgelenke durchschnitten hatte, ergab folgendes Verhalten. Die ganze Hohlhand war in ihrer Sensibilität herabgesetzt, am wenigsten in dem Bezirke, der vom arc. palm. superfic. umschrieben wird. Vor dieser abgegrenzten Zone herrschte totale Anästhesie bis auf die Volarseite der ersten Phalanx des 5. Fingers, welche anscheinend theilweise vom dorsalen Aste des N. ulnaris versorgt wurde. Der N. rad. versah den Rücken des Daumens, die beiden ersten Phalangen des Zeigefingers und die erste Phalanx des 3. und 4. Fingers. Diese Angaben stimmen mit denen Richelot's überein. Hierzu bemerkt Webber, dass vielfache Abweichungen in der Vertheilung des N. medianus und ulnaris bei den verschiedenen Individuen vorkommen.

Pilz (Stettin).

H. Banga. Zur Aetiologie des typischen, angeborenen Klumpfusses.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. VII. p. 274.)

Verf. betrachtet als die massgebenden Factoren für die Entstehung des angeborenen Klumpfusses die Lage des Fötus im Uterus und eine Raumbeschränkung, entstehend durch eine relativ zu geringe Menge Fruchtwassers; die normale Stellung der unteren Extremitäten des Fötus ist eine solche, dass ein vermehrter Druck von Seite der Uteruswand geeignet ist, die Füsse in Equinovarus-Stellung zu bringen. Verf. hat 2 Fälle beobachtet, welche gewiss nach der

Drucktheorie zu erklären sind. In beiden Fällen war auffallend wenig Fruchtwasser vorhanden, in dem einen Falle war der Klumpfuss doppelseitig, in dem anderen einseitig. Bei beiden Kindern fand man an den entsprechenden Stellen deutliche Spuren eines länger dauernden Druckes; bei beiden hatten die Füsse in utero auf das Schambein gedrückt, beide Male bestand Hydrocele ohne Communication mit der Bauchhöhle. Aus dem Umstand, dass der Leistencanal von den Füssen comprimirt wurde, und dass der Descensus testiculorum vollendet war, schliesst Verf., dass der pathologische Zustand nicht vor dem 7. Schwangerschaftsmonate begonnen habe, weil er sonst den Descensus verhindert hätte. **Gersuny** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Wolzendorff. Multiple Lipome nach Typhus.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. VII. p. 369.)

Ein 21jähriger Bauer bekam in der Reconvalescenz nach einem schweren Ileotyphus innerhalb eines Monates 42 Lipome, welche subcutan am ganzen Körper (mit Ausnahme des Gesichtes, der Hände, Unterschenkel und Füsse) zerstreut sassen, und nachdem sie die Grösse einer Bohne bis zu der eines Taubeneies erreicht hatten, nicht mehr wuchsen. **Gersuny** (Wien).

Testi Alberico. Dell' alcool nella febbre.

(Il Raccoglitore 1877. No. 10 u. 11.)

Durch klinische Studien gelangt Verf. bezüglich der Wirkung des Alkohols zu folgenden mit geringen Abkürzungen wiedergegebenen Schlusssätzen:

1) Der Alkohol hat in fieberhaften Processen keine temperaturerniedrigende Wirkung, während hohe Temperaturen an sich den Gebrauch auch nicht contraindiciren.

2) Der Alkohol, soweit er im Blut unverändert bleibt, ist ein mächtiges dynamisches Reizmittel des Gefässnervensystems.

3) Durch die Umwandlungen, die der Alkohol im Organismus erfährt, wird er indirect zu einem sehr wirksamen Nahrungsmittel, indem er den Stoffverbrauch mässigt. **Menzel** (Triest).

E. Neumann. Ein Beitrag zur Kenntniss der Ranula.

(Arch. f. klin. Chir. 1877. Bd. XX. Hft. 4.)

Bei einem 52jährigen Manne excidirte Schoenborn ein Stück der Wandung einer grossen Ranula-Cyste. Die mikroskopische Untersuchung zeigte die freie Oberfläche der Cystenmembran mit Flimmerepithel ausgekleidet. Unterhalb des Epithels fand sich eine hyaline Grenzschicht, welche sich in Verbindung mit einer daruntergelegenen, aus einem dichten elastischen Fasernetz gebildeten dünnen Membran von dem übrigen fibrösen Theil der Cystenwand ablösen liess. Der Cysteninhalt zeigte nichts Charakteristisches.

N. macht darauf aufmerksam, das Bochdalek zuerst unter dem Namen »Ueber das Foramen coecum der Zunge« einen in der Zungenwurzel versteckten flimmernden Schlauchapparat beschrieb. Es liegt nun nahe, anzunehmen, dass die Ranula aus diesen Bochdalek'schen Drüsenschläuchen der Zungenwurzel durch Erweiterung und Secretansammlung entstanden ist. **Maas** (Freiburg i/B.).

Brière. Kyste séreux de l'orbite.

(Anneé.médicale de Caen. Jahrg. II. No. 3.)

Ein Mädchen von 17 Jahren trug zwischen dem rechten Auge und der Nase eine Geschwulst, welche schon in ihrer Kindheit bestanden hatte und seither langsam bis zu Wallnussgrösse gewachsen war. Verf. diagnosticirte eine Cyste und suchte aus kosmetischen Gründen die Entfernung des Tumors ohne eigentliche Exstirpation zu erzielen.

Zuerst wurde die Cyste entleert; es floss eine klare fadenziehende Flüssigkeit heraus; darauf Erweiterung der Stichwunde zu einer 6 Mm. langen Incision und Aetzung der ganzen Cystenwandung mittelst eines in saturirter Chlorzinklösung getauchten Pinsels. Diese Aetzung wurde während einiger Wochen mehrmals wiederholt. Unter reichlicher Eiterung verkleinerte sich die Cystenhöhle nur langsam und die Fistelöffnung schloss sich erst nach 5 Monaten. Dafür aber war die Verunstaltung eine minimale.

Derselbe. Singulière étiologie d'un cas d'ophthalmie purulente.

(Ibidem.)

Eine Mutter, welche einen kleinen Naevus am oberen Lid ihres 5 Monate alten Töchterleins ohne Hülfe des Arztes heilen wollte, rieb auf Anrathen einer guten Freundin das betreffende Auge mit einem Stück von einer noch warmen und blutenden Placenta.

Leider stammte die Placenta von einer mit Blennorrhoe behafteten Dirne und das Kind bekam eine ausserordentlich heftige blennorhoische Conjunctivitis, von der es nur schwierig geheilt wurde. — **Girard** (Bern).

Moos. Ueber pathologische Befunde im Ohrlabyrinth bei secundär Syphilitischen und die durch dieselben bedingten Gehörstörungen.

(Virch. Arch. Bd. LXIX. p. 313.)

Nach kurzer Zusammenstellung des Wenigen, was bisher in der Litteratur über die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei hochgradiger oder totaler Taubheit Syphilitischer bekannt geworden ist, theilt M. einen neuerdings von ihm untersuchten Fall mit. — Secundäre Syphilis. Auftreten von Schwindel und heftigen subjectiven Gehörsempfindungen gleichzeitig mit Dolores osteocopi cranii. Auffallend rasche Vernichtung des Gehörvermögens. Tod. — Die Untersuchung des rechten Felsenbeines zeigt intactes inneres und äusseres Ohr. Sclerose des Felsenbeines. Periostitis im Vorhof mit kleinzelliger Infiltration des häutigen Labyrinths. Ankylose der Stapesplatte auf der Vorhofsfläche. Der Stamm des Acusticus unverändert. — Nach diesem und anderen Berichten bleibt frühzeitiger und rapider Verlust des Gehörvermögens ein höchst beachtenswerthes Symptom für die Diagnose eines auf syphilitischer Basis beruhenden Ohrenleidens.

Madelung (Bonn).

Pepper. Aspiration in complicated cases of pleural effusion.

(Philadelphia med. Times 1877. No. 248.)

Ein 24jähr. Mann mit hereditärer Anlage zu Tuberkulose, erkrankte Ende 1875 nach einer Durchnässung mit einem Schüttelfrost, an den sich Husten und reichlicher Auswurf anreihten. — Im Mai 1876 war grosse Dyspnoe vorhanden, im October desselben Jahres konnte links Empyem und Pneumothorax nachgewiesen werden. — Wegen zunehmender Cachexie mit Fieber und steigender Dyspnoe, wurde das Empyem punctirt und durch Aspiration 2½ Liter dicken stinkenden Eiters entleert. Neue Ansammlung des Exsudates. P. schritt nun zur Drainage der Pleurahöhle, aber ohne Erfolg. Unter Persistenz des hektischen Fiebers starb Pat. im Dec. 1876. — Section: Tuberkel in der Lunge und der Pleura. Subpleurale Knoten hatten zur Perforation der Pleura pulmonalis in die Thoraxhöhle geführt. In letzterer über 2 Liter stinkenden Eiters. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

O. Larcher. Note sur un cas de polype fibreux utérin à apparitions intermittentes.

(Bulletin de l'àcadémie royale de médecine de Belgique Bd. XI. No. 4.)

Verf. hat bereits vor 10 Jahren eine Abhandlung über diesen Gegenstand geschrieben. Er theilt dieses Mal einen Fall mit, welcher beweist, wie vorsichtig man sein soll, bevor man die von einem anderen Collegen auf intrauterinen Polypen gestellte Diagnose als irrthümlich taxirt.

Eine Dame, bisher stets regelmässig menstruirt, liess den Verf. wegen Ausbleiben der Menses zu sich rufen. Verf. constatirte einen aus dem Orificium hervortretenden Polyp; diese Diagnose wurde der Pat. mitgetheilt; bei einer zwei Tage darauf vorgenommenen zweiten Untersuchung war aber der Polyp wieder zurückgetreten und nicht mehr zu fühlen.

Verf. rieth an, die nächste Periode abzuwarten, in der sicheren Erwartung, dass die Geschwulst dann wieder zum Vorschein kommen würde. Die Pat. consultirte darauf den Verf. während 3 Monaten nicht mehr. Es wurde dagegen eine sehr geschickte Hebamme zu Rathe gezogen, welche erklärte, es sei einfach Schwangerschaft vorhanden.

In der That abortirte die Pat. kurze Zeit darauf und das sechswöchentliche Ei konnte zum Beweis aufgehoben werden.

Das Vertrauen der Familie zu L. war hierdurch sehr erschüttert. Da traten wiederholte Blutungen auf, welche die Kranke wiederum zwangen, L. noch einmal zu rufen, und da der nussgrosse Polyp gerade wieder zum Vorschein gekommen war, so konnte er sogleich mit krummen Scheeren abgetragen werden.

Girard (Bern).

Le Fort. Tuberculasition de la vessie et des reins.

(Bulletin et mémoire de la société de chirurgie de Paris 1876. Tome II.)

Le Fort zeigt ein Präparat von Tuberkulose eines weiblichen Uro-Genitalapparates. Die ganze Blase und die Nieren waren befallen; es hatte eine Communication zwischen Blase und Scheide bestanden. **A. Genzmer** (Halle).

Bulteau. Psoitis double par effort; pyohémie.

(France médicale 1876. No. 44.)

Ein 41jähriger Maurer fühlte beim Heben einer Last Krachen und gleichzeitig einen heftigen Schmerz in der Nierengegend, so dass er seine Arbeit einstellen musste. Vier Wochen später zeigte Pat. bei seiner Aufnahme in der linken Lumbalgegend Schwellung und gelbliche Verfärbung, bei der Palpation Schmerz längs der Lendenwirbelsäule, links davon in der ganzen geschwellten Gegend, rechts nur ein wenig jenseits der Mittellinie, sowie fast völliges Unvermögen, sich aufrecht zu erhalten. Es entstand allmälig ein Fieber von typhösem Charakter, Blase und Mastdarm wurden gelähmt, die Unbeweglichkeit der Unterextremitäten nahm zu. Im Urin zeigte sich etwas Eiweiss. Im Laufe der Krankheit entstand Schwellung beider Parotiden und linkerseits Epididymitis. Pat. ging an Pyämie zu Grunde.

Section: Nieren beiderseits vergrössert, die rechte um das Doppelte. Kapsel leicht abziehbar, zahlreiche miliare Abscesse der Nieren. Der M. psoas ist beiderseits in einen Eitersack verwandelt. Die Insertionsstellen an der Wirbelsäule zeigen ihre Fasern kurz abgerissen und im Eiter flottirend. Der Rückenmarkcanal ist in seinem Lumbaltheil mit Eiter gefüllt, der den untern Theil des Rückenmarks und die cauda equina umspült. Pia mater intact, nur an einzelnen Stellen Anfänge von Entzündung zeigend. Die Knochen der Wirbelsäule sind völlig intact und zeigen ihrerseits keine Ursache für die Eiterung in der Muskulatur und dem Wirbelcanal, so dass angenommen werden muss, dass die Eiterung durch die Wirbellöcher ihren Weg in den Canal genommen. **Viertel** (Breslau).

Nicaise. Opération de hernie ombilicale étranglée.

(Bulletin et mémoire de la société de chirurgie de Paris 1877. März.)

Verf. führte die genannte Operation bei einer 51jährigen Kranken aus, welche seit ihrem 34. Jahre mit einer Nabelhernie behaftet war; letztere wurde jedoch durch ein Bruchband bis vor 12 Jahren zurückgehalten. Von dieser Zeit ab überliess Pat. die Hernie sich selbst, die ihr auch keine weiteren Beschwerden verursachte. Zwei Tage vor der Operation traten plötzlich ohne besondere Veranlassung Erscheinungen von Incarceration auf. 58 Stunden nach Eintritt derselben wurde die Herniotomie ausgeführt, und zwar mit Eröffnung des Bruchsacks. In letzterem lag zunächst ein Stück Netz zu Tage, das sich nicht entfalten liess, so dass ein Stück excidirt werden musste, um die Darmschlinge zu Gesicht zu bekommen. Diese befand sich, abgesehen von einer geringen Röthung, in völlig normalem Zustande. Nach einigen leichten Einschnitten in die einklemmende Stelle ging die Darmschlinge von selbst in die Bauchhöhle zurück. Das Netz wurde nicht reponirt, sondern in den oberen Wundwinkel eingenäht. Die Heilung erfolgte innerhalb 8 Tagen ohne Zwischenfall. **Stahl** (Berlin).

Nicaise. Epanchement sanguin de l'articulation du genou.

(Bulletin et mémoire de la société de chirurgie de Paris 1876. Tom. II.)

Ein 60jähriger Mann zog sich durch Sturz einen Haemarthros des linken Kniegelenks zu. Er wurde von Guérin mit Vesicatoren, Jodtinctur, später mit dem ferrum candens (punctförmig) behandelt.

Ein halbes Jahr darauf kam Pat. in die Behandlung von Nicaise. Pat. zeigte Symptome eines Gehirnleidens, war völlig stumpfsinnig, hatte eitrigen Urin, den er unter sich gehen liess etc. Das Knie zeigte noch etwas Schwellung, konnte nicht völlig gebeugt werden, doch schien keine Empfindlichkeit zu bestehen. Pat. starb 14 Monate nachdem er sich die Verletzung des Kniegelenks zugezogen; es fand sich bei der Autopsie ausser einem alten Erweichungsherd im Gehirn Nephritis calculosa nebst ausgebildeten Folgezuständen in den Ureteren, der Blase etc. Das linke Kniegelenk war mit einem dicken, dem Knorpel anhaftenden Blutgerinnsel erfüllt, das theils frischroth, theils gelblich oder schwarzroth verfärbt innerhalb der Bursa extensorum von einer fibrinösen Pseudomembran umhüllt war. Der Rand der Patella war mit dem Femur durch fadenförmige Adhäsionen verbunden, die Gelenkknorpel waren im Ganzen normal dick und gelblich verfärbt; an einigen Stellen blätterten sie sich leicht ab.

N. weist darauf hin, dass das Alter des Pat. und die andauernde ruhige Lage mit dazu beigetragen haben, dass das Blutgerinnsel im Laufe von 14 Monaten weder resorbirt sei, noch eine irgend erhebliche Entzündung veranlasst habe. Er weist darauf hin, dass man vielleicht nach dem Vorgange Jarjavay's das Gelenk primär hätte punctiren können. **A. Genzmer** (Halle).

Die 50. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte findet, wie bereits mitgetheilt, vom 17.—22. September d. J. in München statt. Für die Mitglieder und Theilnehmer werden Aufnahmekarten gegen Entrichtung von 12 Mark ausgegeben. Mitglieder- und Theilnehmerkarten berechtigen zum unentgeltlichen Bezug je einer Damenkarte und zu Fahrpreisermässigung auf mehreren Eisenbahnen. Der Betrag für die Aufnahmekarte ist vom 15. Aug. bis 8. September portofrei an »das Anmeldebureau der Naturforscher-Versammlung im Polytechnicum, München« zu schicken. Vorausbestellung der Wohnung ist unter derselben Adresse möglich. —

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 34. **Sonnabend, den 25. August.** **1877.**

Zur Trepanationsfrage.

Von

Dr. **Ludwig Mayer,**

Docent der Chirurgie und Krankenhaus-Oberarzt in München.

Bluhm hat zwar in seiner ausgezeichneten Arbeit über die Trepanation bei Kopfverletzungen (Langenbeck's Archiv, Bd. XIX) uns den Werth der Trepanation statistisch dargelegt; dennoch glaube ich, dass seit Lister's Verband die Trepanationsfrage in eine andere Phase getreten ist.

Wenn man vorzüglich urgirt, dass bestimmte Noxen, welche die atmosphärische Luft den Wundflächen zuführt, die Ursachen der acuten progredienten Entzündungen des Gehirns und seiner Häute sind und diese Nachtheile durch die exacte Anwendung des Listerschen Verbandes wegfallen, so müssen wir ebenso sagen können, dass wie jetzt die Eröffnung der Bauchhöhle, so auch die der Schädel-

höhle eine ungefährliche Operation sei. Ist sie es einmal, so fällt ein Haupteinwand gegen dieselbe fort und wir dürften dann wohl in manchen Fällen einen solchen Eingriff wagen, zu dem wir uns sonst nicht erdreistet haben würden.

Wie gut selbst grosse Entblössungen der Dura mater unter Lister's Verband ertragen werden, das zu erfahren hatte ich in diesem Winter Gelegenheit. Es kam ein 74jähriger Mann in die Poliklinik mit einer diffusen chronischen Entzündung der Bedeckung des rechten Seitenwandbeines, welche er durch einen Sonnenstich acquirirt haben wollte. Es wurden auf den ganz kahlen Schädel Jodeinpinselungen mit feuchten Umschlägen gemacht. Nach einigen Wochen entwickelte sich ein Abscess, der incidirt wurde und bei der Untersuchung des Knochens liess sich eine Nekrose desselben nachweisen. Es wurden von mir unter Lister's Cautelen zwei thalergrosse Stücke des in seiner grössten Ausdehnung total nekrotisch gewordenen Seitenwandbeines mit Meissel und Elevatorium entfernt. Die Wunde wurde, um sie von Eiter und Blut zu reinigen, zwischen blossliegender Dura mater und Knochen mit 5% Carbollösung ausgespritzt, mit Catgut dann die Weichtheile darüber genäht und drainagirt. Der Kranke blieb nur, bis er sich von der Chloroform-Narkose erholt hatte, was bis zum Abende der Fall war, in der Anstalt und wurde weiter ambulatorisch behandelt. Nicht eine Stunde trat Fieber auf und der Kranke ging täglich eine Viertelstunde Weges von seiner Wohnung zum Verbande in die Klinik. Die Wunde heilte per primam, nur entwickelten sich an ein paar Hautstellen Fisteln, welche noch kleine nekrotische Splitterchen entleerten bei ganz geringer Eiterung, wodurch die gänzliche Heilung verzögert wurde. Jetzt ist der Greis vollständig hergestellt und versieht die Dienste eines Gärtners in Ammerland am Starnberger See.

Ein solches glänzendes Resultat macht kühner und trieb mich zur Trepanation im folgenden Falle. Der jetzt 22jährige Taglöhner Simon Huber hatte vor 9 Jahren durch einen Sturz aus dem 5. Stockwerke eines Hauses eine Depression des rechten Seitenwandbeines erlitten. Dieselbe ist trichterförmig und befindet sich 11 Ctm. vom rechten Stirnhöcker und 1 Ctm. von der Sutur sagital., 14 Ctm. von der Protub. occip. extern. entfernt, ungefähr auf der Höhe des rechten Os parietale und hat einen Durchmesser von etwa 3 Ctm. Seit jener Zeit ist er ein häufiger Spitalbesucher wegen heftiger Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, reissender und stechender Schmerzen, die von der deprimirten Stelle ausgehen sollen, so dass er zu keiner Arbeit fähig ist. Wie sich denken lässt wurde der ganze antiphlogistische Apparat, Blutentziehungen, Eis, Quecksilber, Jod, Douchen, sowie eine Reihe von Nervina wie Chinin, Bromkali, Paullinia etc. im Laufe der Zeit in Anwendung gezogen, aber alles blieb erfolglos. Als er nun am 26. Juni dieses Jahres wieder in das städtische Krankenhaus r/I. eintrat, machte ich ihm den Vorschlag des Versuches einer Trepanation, auf welche der geplagte Kranke mit Freuden ein-

ging. Dieselbe wurde am 2. Juli ausgeführt. Es wurde durch einen Kreuzschnitt die Haut getrennt, das Periost mit möglichster Schonung an der am tiefsten trichterartig imprimirten Stelle bei Seite gelegt und dann eine etwa markstückrunde Trepankrone aufgesetzt. Am trepanirten Stücke zeigten sich die Bruchränder des Knochens über einander verschoben, der linke Rand der Tab. interna scharfrandig vorragend und war hier die Dura mater fest mit dem Knochen verwachsen, so dass sie unter Nachhülfe des Messers abgetrennt werden musste. Auch in der nächsten Umgebung, etwa 3 Finger breit im Umkreise der geschaffenen Trepanöffnung bestanden ebenfalls bedeutende Adhäsionen, welche durch eine krumm gebogene Knopfsonde durchrissen wurden. Die Blutung während der Operation war gering. Dieselbe wurde in der Chloroform-Narkose und unter Zerstäubung zweier Dampfspray vorgenommen, die Wunde mit Catgut genäht, nicht drainagirt, nachdem sie zuvor mit 5% Carbollösung einige Male ausgespritzt worden war. Hierauf Lister'scher Verband.

Die Krankengeschichten in der Chirurgie, die sonst ganze Bögen umfassten, — blieben ja so selten nach operativen Eingriffen die accidentellen Zufälle aus, — werden jetzt ganz kurz. So ist auch über diesen Fall nichts weiter zu melden, als dass die Temperaturcurve vom Tage der Operation an bis zur vollkommenen Heilung zwischen 37,3 und 37,8 schwankte, dass bei ganz geringer Eiterung der Hautwunde 4 Mal der Verband gewechselt wurde und zwar lediglich deswegen, weil er locker geworden war, und dass Pat. am 23. Juli als geheilt betrachtet werden konnte. Derselbe verliess bereits am 8. Tage das Bett und bis zur Stunde, in welcher ich diese Zeilen schreibe, sind die lästigen Zufälle der Kopfschmerzen und des Schwindels nicht wiedergekehrt, obwohl er sich bereits sowohl Excesse in Baccho als auch Raufhändel hatte zu Schulden kommen lassen. Die Trepanationsöffnung ist noch abtastbar, die narbige Einziehung beträgt etwa 5 Mm., das über der Oeffnung liegende Gewebe fühlt sich hart und derb an. —

Freilich möchte dieses Vorgehen vielleicht verschiedene Angriffe erfahren; und ich selbst, grossgezogen unter antitrepanistischen Anschauungen, äusserte mich einmal, man solle die fatalen Worte »Trepanation der Schädelknochen« aus der Chirurgie entfernen (Bair. ärztl. Intelligenz-Blatt 1867). Aber Lister's Verband erlaubt uns eben jetzt Eingriffe ohne Schaden, die wir früher nicht geahnt, noch viel weniger gewagt haben; und so werden sich wohl auch der Trepanationsfrage neue Gesichtspuncte eröffnen.

München, den 7. August 1877.

E. Réczey. Ueber Knochenechinococcen.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. VII. p. 285.)

Verf. stellt aus der Litteratur 33 Fälle von Knochenechinococcen zusammen. Von diesen betreffen 4 den knöchernen Schädel (2 das Os frontis, je 1 den Keilbeinkörper und die Schläfenbeinschuppe), 4 die Wirbelsäule (je 2 die Rücken- und die Lendenwirbel), 5 das Becken (3 das Os ilei und sacrum zusammen, 1 das Darmbein, 1 das Scham- und Sitzbein zusammen), 7 die Diaphyse des Humerus, 4 die Diaphyse des Femur, 8 die obere Epiphyse der Tibia, 1 die Phalangen des Zeigefingers.

Von diesen Fällen wurden 11 geheilt (2 durch Incision, 9 durch Amputation oder Resection), 22 starben (5 nach der Operation). Der jüngste Kranke war 7, der älteste 60 Jahre alt.

Folgender Fall wurde vom Verf. selbst beobachtet:

Die 25 Jahre alte Patientin hatte seit 4 Jahren in der rechten Glutealgegend eine Anschwellung, die allmälig wuchs. Bei der Aufnahme hatte sie eine grosse fluctuirende Geschwulst an der rechten Hinterbacke, eine solche an der Aussenseite des rechten Oberschenkels, und eine dritte, welche vorn in der Gegend des oberen Darmbeinstachels aus dem Becken hervorkam. Es wurde eine Punction gemacht, welche eiterige Flüssigkeit ergab. Als nach einigen Tagen Echinococcusblasen abgingen, wurden Incisionen gemacht. Die Patientin starb nach 3 Monaten pyämisch. Die Section ergab, dass das rechte Darmbein von Blasen ganz durchsetzt und bis auf ein netzförmiges Balkenwerk usurirt war; die rechte Hälfte des Kreuzbeins mehrmals durchlöchert, das obere Femurende enthielt kleinere Cysten, der Kopf war in die Beckenhöhle eingedrungen, und sammt dem Halse von der Diaphyse gelöst. Im Oberlappen der rechten Lunge eine apfelgrosse Echinococcuscyste.

Gersuny (Wien).

Dehio. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Lepra.

Inaug.-Diss. Dorpat, 1877. 1 Tafel Abbild.

Nach einer kurzen historischen Einleitung beschreibt Verf. zunächst genauer 4 Fälle von Lepra tuberosa. Einer von den Fällen kam zur Section und lieferte also sehr reichliches Untersuchungsmaterial; in den 3 anderen Fällen wurden den Patienten an verschiedenen Orten erkrankte Gewebsstellen excidirt, in einem Falle sogar ein Stück des nervus ulnaris resecirt. Die mikroskopische Untersuchung der Haut lieferte im Ganzen eine Bestätigung des bisher bereits Beobachteten, indem sie ergab: »erstens, dass die lepröse Infiltration der Haut sich in den Bindegewebslücken der Cutis und der nächsten Umgebung der feinen und feinsten Blutgefässe der Haut zeigt und im Anschluss an dieselben eine gleich unter der Grenze zwischen Malpighi'schem Schleimnetz und Cutis liegende Ausbreitung bildet; ferner dass sich diese Neubildung, wieder im Anschluss an die Gefässe

besonders dicht um die Schweissdrüsen und Haarbälge herumschichtet; und endlich, dass auch die subcutanen Fettläppchen der leprösen Erkrankung unterliegen und in Folge derselben schliesslich durch lepröses Gewebe ersetzt werden«. Sehr bemerkenswerth und neu ist der Befund an den sehr genau untersuchten kleinen und grossen subcutanen Venen. Ihr Lumen zeigte sich nämlich, wahrscheinlich durch Endothelwucherung, sehr verengt, zum Theil fast obliterirt, und es war die Aehnlichkeit mit den Befunden von Heubner an den Hirnarterien Syphilitischer ausserordentlich gross. In Bezug auf den Befund an den Nerven kann sich Verf. im Allgemeinen den früheren Untersuchern anschliessen, und betont er besonders, dass es sich auch hier um eine eigenthümliche kleinzellige Wucherung handelt, was sich leicht constatiren lasse, wenn man die Nerven in verschiedenen Stadien der krankhaften Veränderung untersuche. Die Schleimhautknoten im Pharynx, der Trachea etc. ergaben mikroskopische Bilder, welche mit denen der Haut grosse Aehnlichkeit hatten. Die kurzen Notizen über die Ergebnisse der Untersuchung der Lymphdrüsen, der Leber und der Milz wolle man im Original nachsehen.

A. Bidder (Mannheim).

J. E. Güntz. Das Vermögen der Schwefelwässer, bei der latenten Syphilis die Symptome der Krankheit wieder zur Erscheinung zu bringen.

Dresden, Verlag von **E. Pierson.** 1877. 16 S.

Die Erklärung dieser Thatsache lässt sich im Sinne des Verf. in folgende Sätze zusammenfassen:

1) Durch den Einfluss der Schwefelwässer wird Eiweisszerfall veranlasst.

2) Dieser Zerfall äussert sich klinisch durch vorübergehenden bleichsüchtigen Zustand, durch Abnahme des Umfanges von Leber und Milz, und durch vermehrte Harnstoffausscheidung.

3) Die Harnstoffvermehrung lässt sich erklären in der sauerstoffentziehenden Wirkung der Schwefelwässer, welche Wirkung durch gleichzeitige Herabsetzung der Herzthätigkeit und Athmung erhöht wird.

4) Die Bildung neuer syphilitischer Producte geschieht auf Kosten zerfallender Eiweisskörper, denn durch deren Zerfall wird auch das Syphilisgift in veränderte Lebensbedingungen kommen und neue Verbindungen eingehen.

5) So lange die Fähigkeit des Syphiliscontagiums sich durch organische Elemente fesseln zu lassen noch besteht, so lange besteht noch die Syphilis im Körper.

In gleicher Weise wird beim Gebrauch von Schwefelwässern Quecksilber, das als Quecksilberalbuminat im Körper enthalten ist, durch den Eiweisszerfall ausgeschieden.

Th. Kölliker (Würzburg).

G. Polli. Sulle proprietà ntifermentative dell' acido borico e sue applicazioni alla terapia.

Separatabdruck ohne genauere Angabe.

Dieser in der Sitzung des Istituto Lombardo di scienze e lettere gehaltene Vortrag berichtet über Versuche, in denen Bier, Milch, Urin, Eier, Blut und Fleisch mit Borsäure und Borax versetzt, sich im Sommer bis zu 30 Tagen und darüber frisch erhielten, während die Controlsubstanzen theils ohne Zusatz, theils mit schwefligsaurem Natron schon nach kurzer Zeit, resp. circa 15 Tagen in Fäulniss übergingen. Diese energische desinficirende Wirkung und die Leichtigkeit, mit der Borsäure und Borax vom Organismus ertragen werden, veranlassen P. die Anwendung dieser Präparate in den Krankheiten zu empfehlen, über deren infectiösen Charakter kein Zweifel herrscht, oder zu denen sich leicht Sepsis hinzugesellt. Er führt auch einige Beispiele an, wo bei Tuberkulösen das Fieber herabgesetzt wurde; bei Malaria sah ein Beobachter (Prof. Visconti in Mailand) keinen, ein anderer zahlreiche Erfölge, aber nur in einfachen Fällen; bei chronischer Cystitis verschwand in einigen Tagen der mucopurulente Niederschlag im Urin (eine Beobachtung, die auch Ref. bestätigt fand); schlecht eiternde Wunden besserten sich rasch bei äusserlichem Gebrauch. — Als Dosis räth P. etwa 5 Grm. Borsäure und etwa 10 Grm. Borax pro die an. **Escher** (Triest).

W. R. Gowers. On the developement of spindle-cells in nested sarcomas.

(Med. chir. Transact. Vol. LIX. p. 217.)

An mehreren Exemplaren von Spindelzellensarcomen, in denen die Zellen zu Nestern angeordnet sind, fanden sich besonders an weicheren Stellen deutlich die Uebergänge von rundlichen zu Spindel-Zellen. Genauere Untersuchungen haben Verf. gelehrt, dass eine endogene Zellenentwickelung durch die von Creighton beschriebene, früher schon von Paget bei Epithelialzellen beobachtete »Vacuolisation« geschehe. Darnach rückt in einer rundlichen Zelle der Kern mit umgebendem Protoplasma an eine Seite; es bildet sich zugleich in der Zelle ein rundlicher heller Raum, der sich mehr und mehr vergrössert. Während das Protoplasma sich am reichlichsten um den wandständigen Kern anhäuft, bildet es immer schmäler werdende Ausläufer an der übrigen Peripherie des Zellenleibes unter Zunahme der centralen »Vacuole«, so dass allmälig die Form eines Siegelringes hergestellt ist. Nachdem die Grenzschicht des Protoplasma bis auf eine feine Linie herabgemindert ist, beginnt die Kernpartie sich von der Vacuole abzulösen und wird endlich ganz frei; die Spindelzelle ist gebildet. Die Vacuole ist durch eine feine aber deutliche Begrenzungslinie gekennzeichnet und differirt in der Farbe

von der der Untersuchungsflüssigkeit, ist also ein eigenes Gebilde, kein leerer Hohlraum. Die beschriebene Entwickelung konnte H. deutlich in den verschiedensten Phasen an Präparaten, wie er sie auf Taf. 1 in 12 Abbildungen wiedergiebt, beobachten. Die Anordnung zu Zellennestern hängt ab von der vitalen Energie der Zelle; bleibt der Kern ungetheilt, dann bildet sich eine einfache Spindelzelle, theilt er sich, nachdem er die wandständige Stellung eingenommen und aus dem Vacuolenraum hinausgedrängt ist, dann entsteht eine Spindelzelle mit 2 Kernen; theilt er sich aber vor oder bald nach Entstehung der hyaloiden Zone, und bleibt der eine mit etwas Protoplasma in der Vacuole, der andere in der nun entstehenden Randpartie des Protoplasma's, dann entwickeln sich durch gleichförmige Wiederholung dieses Processes eine Anzahl concentrisch angeordneter Spindelzellen um ein centrales Häufchen Protoplasma mit einen oder mehreren Kernen. Häufig bleibt eine kleine Vacuole erhalten. Im centralen Theile dieser Zellennester können bei alten Tumoren Verkalkungen vorkommen. Dieser Process der Vacuolisation spielt eine grosse Rolle bei der Neubildung von Geschwülsten; er tritt am häufigsten auf bei schnell wachsenden Geschwülsten. Die Untersuchung geschieht am besten an frischen Präparaten, da die feinen Verhältnisse der Vacuole durch Conservationsflüssigkeiten undeutlich werden. Pathologische Handbücher bezeichnen diesen Process fälschlich als bläschenförmige Umänderung des Kerns, da in Wirklichkeit der Kern keine solche Veränderung erleidet. Zweifelhaft bleibt nach Verf., ob das primäre, hauptsächliche Element in der Bildung und Entwickelung der Vacuole oder in der Bewegung des Protoplasma mit dem Kerne zu suchen ist. Eine Tafel ist beigegeben.

Pils (Stettin).

R. Marchand. Das plexiforme Neurom (cylindrische Fibrom der Nervenscheiden).

(Virch. Arch. LXX. p. 36.)

Mit Benutzung von 10 von Anderen beschriebenen Fällen von Neuroma plexiforme und von zwei von ihm selbst untersuchten Fällen, versucht M. eine Charakteristik dieser Geschwulstform in ätiologischer, symptomatologischer und anatomischer Beziehung. Ob das plexiforme Neurom hereditär ist, ist zweifelhaft. In vielen, vielleicht den meisten der beobachteten Fälle fällt die Zeit der Entwickelung in das Fötalleben. Gewisse Nervenbezirke erschienen als Sitz der Geschwulst besonders bevorzugt. In 5 Fällen war es die Gegend des oberen Augenlids und der anstossende Theil der Schläfe, in einem die Gegend des Schuppentheils des Schläfenbeines im Ausbreitungsgebiet des nerv. trigeminus. — In 2 Fällen war es die Lendenwirbel- und Kreuzbeingegend, es waren fast sämmtliche Lendennerven, sowie die hinteren Aeste der Kreuzbeinnerven betheiligt. — Weiter wurde die Geschwulst am Saum des Praeputium, am plexus cervicalis und

am plexus brachialis beobachtet. Die plexiformen Neurome wachsen langsam und stetig. Ihr Wachsthum erstreckt sich immer über viele Jahre. In einigen Fällen findet sich die Angabe, dass die Geschwulst in derselben Ausdehnung, in der sie angeboren war, in die Höhe gewachsen sei, ohne an Flächenausdehnung zuzunehmen. Grösse ausserordentlich verschieden. Die Haut über der Geschwulstbildung meist in Form einer oder mehrerer Falten oder Wülste erhoben, häufig abnorm bräunlich oder rostfarben pigmentirt. Die Consistenz der Geschwülste war meist teigig weich. Bei tieferer Palpation lassen sich wurmartig gewundene Stränge von mehr oder weniger zahlreichen knotigen Anschwellungen unterbrochen, durchfühlen. Bei Druck Schmerzen, bisweilen von ausserordentlicher Stärke. Spontane Schmerzen fehlen meist. Als locale Störungen sind Vernichtung des Augapfels, Druckatrophien benachbarter Knochen erwähnt. Das Allgemeinbefinden litt nicht merklich. Eigentliche Recidive sind bisher nicht beobachtet, Verwechselungen mit Lipomen und Gefässectasien sind möglich. Die Behandlung besteht in der Exstirpation.

Das Grundgewebe der Geschwulst ist Bindegewebsmasse von geringer Consistenz, stellenweise fast schleimig. Die eingebetteten Stränge wurmartig geschlängelt, von verschiedener Dicke, mit knotigen Anschwellungen versehen, im Unterhautzellgewebe stets durch zahlreiche Anastomosen zu einem wahren netzartigen Plexus verbunden, liessen häufig den Zusammenhang mit wirklichen Nervensträngen erkennen. Die von v. Bruns und Andern beobachtete Neubildung von Nervenfasern aus Bindegewebszellen konnte M. in seinen Fällen nicht auffinden. Nach ihm stellen die pl. N. eine Bindegewebsentwicklung im Verlauf der Nerven dar, die allein vom Perineurium unter Betheiligung der Gefässwandungen ausgeht, sowohl von der Gesammthülle als von den die einzelnen Nervenfasern trennenden Partien. Gleichzeitig kommt eine mehr oder weniger starke Wucherung des den Nerven benachbarten Bindegewebes zu Stande, ein förmlich elephantiastischer Zustand.

Im Nachtrag wird über eine Arbeit von Cartaz referirt, der von noch weiteren 6 Fällen Mittheilung macht. Bei diesem ist ein Mal der Plexus solaris, ein Mal die Brustdrüse als Sitz der Geschwulst merkwürdig. Ein Mal degenerirte die Geschwulst sarcomatös.

Madelung (Bonn).

Nepveu. Contribution à l'histoire du lymphangiome de la langue.

(Bulletin de la société de chirurgie 1877. Tome III. Séance du 21. mars.)

N. sah bei einer 52jährigen Coloristin eine mandelgrosse Geschwulst am linken Rande der Zunge, welche durch einen Biss auf dieselbe im Laufe von $1^1/_2$ Jahren entstanden sein soll. Die Geschwulst war unempfindlich, sass im mittleren Drittel der Zunge, sprang stark über den Zungenrücken und linken Rand derselben

hervor und maass 3 Ctm. in der Länge, $2^1/_2$ Ctm. in der Breite. Die Consistenz war weich, schlaff; keine Fluctuation. Auf Druck zwischen den Fingern fiel sie zusammen, um bald nach dem Aufhören des Druckes zur alten Grösse wieder anzuschwellen. Anstrengungen hatten keinen Einfluss auf die Consistenz. Wenn die Zungenmuskulatur erschlafft war, unterschied man die Geschwulst mehr von der Umgebung durch die Inspection, als durch Palpation, sobald jedoch die Muskulatur angespannt wurde, liess sich an Stelle der Geschwulst ein vollständiger Mangel der Muskulatur durch Palpation constatiren. Die Schleimhaut über der Oberfläche war unverändert, etwas dünn; Papillen normal entwickelt, kein Gefässnetz sichtbar; Farbe schmutzig gelbweiss.

N. stellte aus diesen Symptomen die Diagnose auf ein acquirirtes Lymphangiom der Zunge im Gegensatz zu den bisher beobachteten angeborenen Lymphangiomen, die stets mit Makroglossie verbunden waren.

Böters (Berlin).

Lloyd Owen. On Keratitis vesiculosa superficialis.

(Birmingham med. review 1877. April p. 116.)

V. bespricht unter dem Namen Keratitis vesiculosa superficialis eine nach ihm zuerst von Wilde in Dublin, dann sehr ausführlich von Schelske beschriebene Affection der Hornhaut, die nur die oberflächlichsten Schichten derselben befällt und völlig von allen andern Hornhauterkrankungen getrennt werden muss.

Kleine stecknadelspitzengrosse und noch etwas grössere, serumgefüllte Bläschen entstehen durch Exsudation zwischen die Epithelschicht der Hornhaut und die Membrana elastica anterior. Anfangs sind dieselben klar, wie Oeltröpfchen; nach 2—3 Tagen wird der Inhalt trüb, die Bläschen platzen und das Epithel regenerirt sich schnell und vollständig. Die angrenzende Partie der Conjunctiva ist ebenfalls entzündet und ödematös; dabei besteht Schmerz, Thränenträufeln und Lichtscheu. Die Bläschen, 5—20 an der Zahl, erscheinen manchmal in mehreren Eruptionen, Hornhauttrübungen bleiben nie zurück. Die Keratitis phlyctaenulosa unterscheidet Verf. von der hier beschriebenen Affection sehr scharf durch das Auftreten der ersteren in kleinen grauen Infiltrationsherden, die umgeben sind von einer Zone leicht getrübten und gelockerten Gewebes und die sich später immer zu mehr oder weniger ausgesprochenen Geschwüren umbilden.

Verf. theilt 3 Krankengeschichten mit, in deren erster die beschriebene Affection auftrat in einem Auge, welches drei Wochen vorher eine Wunde der Cornea mit Einheilung der Iris bekommen hatte, ohne dass eine ernstliche Erkrankung bis dahin oder später aus dieser Verletzung resultirt wäre. Im zweiten Falle trat die Affection auf im Anschluss an eine Conjunctivitis, im dritten an eine Verbrennung des Auges durch ungelöschten Kalk.

Verf. erklärt schliesslich die Affection für eine nur secundär

auftretende Abart des wirklichen Herpes, hervorgerufen durch irgend welche mechanische oder chemische Reizungen der peripheren Nervenendigungen in Cornea oder Conjunctiva. **H. Wildt** (Berlin).

E. Neumann und **P. Baumgarten.** Zwei Fälle von Fistula colli congenita cystica (Kiemengangcyste Roser).

(Arch. f. klin. Chirurgie 1877. Bd. XX. Hft. 4.)

Bei einem 23jährigen Dienstmädchen exstirpirte Schoenborn von der Vorderfläche des Halses eine gänseeigrosse Cystengeschwulst. Während im Cysteninhalt ausser Cholestearintafeln nur körnige Molecularmassen nachweisbar waren, fand sich die Innenwand ausgekleidet mit Pflasterepithel, z. Th. aber auch mit Flimmerepithel, welches in allen Stücken die bekannten Eigenschaften des Epithels der Respirationsorgane zeigte. Eine genaue Bestimmung der Verbreitung des Flimmerepithels war nicht mehr möglich, doch schien es überwiegend die Innenwand auszukleiden.

Der zweite Fall wurde von Schneider operirt und betraf einen 58 Jahre alten Mann, bei dem sich eine Cystengeschwulst der rechten Halsseite, längs des M. sterno-cleido-mastoideus von der Clavicula bis zum Zungenbeinhorn reichend, in etwa $1^1/_2$ Jahren entwickelt hatte. Die Cyste liess sich leicht exstirpiren, hatte eine flaschenförmige Gestalt. Der entleerte zäh-schleimige Cysteninhalt enthielt morphologisch vorwiegend grosse, ein- oder mehrkernige verfettete platte Zellen, daneben kleine, granulirte, ein- oder mehrkernige Rundzellen in reichlichster Menge. Die Cysteninnenfläche war ausserdem mit cohärenten Membranen bedeckt, welche aus unorganisirten Fibrinmassen bestanden. Bei der Untersuchung zeigte sich ferner die Innenwand der Cyste vorwiegend ausgekleidet mit Flimmerepithel, welches nur an kleineren Stellen von Pflasterepithel unterbrochen war. —

Verff. machen auf den Befund der eigenthümlichen Combination der Cystenwandauskleidung mit geschichtetem Pflaster- und flimmerndem Cylinderepithel besonders aufmerksam. Es ist dies der beste Beweis, dass es sich hier um Kiemengangcysten im Roser'schen Sinne handelt. Wie N. in einer Anmerkung bemerkt, hat auch Rehn (Virch. Arch. Bd. LXII. p. 269) in der Auskleidung einer Fistula colli congenita Flimmerepithel nachgewiesen.

Maas (Freiburg i/Br.).

M. Heitler. Die Behandlung der Pleuritis und ihrer Producte.

(Wiener Klinik 1877. Jahrg. III. Hft. 5.)

In Anbetracht, dass die grösste Mehrzahl der genuinen Pleuritiden spontan heilt und wir kein Mittel besitzen, den Verlauf derselben

wesentlich zu modificiren, ist für die Mehrzahl der Fälle ein exspectatives Verfahren, welches sich die Beschwichtigung der Beschwerden mit der möglichst geringen Belästigung des Kranken zur Aufgabe macht, zu empfehlen.

Im Beginn der Pleuritis kommt man daher mit Ruhe, feuchten Umschlägen und gegen Husten mit Morphium aus; von Calomel mit Opium, Quecksilbereinreibungen, Brechweinstein in grossen Dosen, Blutegeln, Schröpfköpfen, Aderlass, Sinapismen, Vesicatoren etc. sei nichts zu erwarten; ausserdem wird der Patient durch viele derselben im Wechseln der Lage behindert.

Zur Beförderung der Resorption, nachdem das acute Stadium vorüber ist, hat man ebenfalls Vesicatoren als Substitution für Ferrum candens oder das Haarseil, ferner Jodtinctur angewandt. H. bestreitet jeden Erfolg dieser Mittel bei Pleuritis und verwirft auch die Diuretica (Kali aceticum, Kali nitric., Natr. nitr., Scilla, Juniperus, Digitalis etc.). Die diaphoretische Methode ist ganz verlassen; am allerunzweckmässigsten ist nach H. die drastische Methode und die Durstcur.

Zu operativen Eingriffen wird man übergehen:

1) Wenn drohende Symptome auftreten.

2) Wenn man den Kranken vor den Consecutivzuständen, welche eine langsame Resorption der Exsudate zur Folge haben kann, schützen will. Solche sind:

a) Rétrécissement thoracique und die damit verbundenen Zustände, Athemnoth, vicariirendes Emphysem der andern Lunge, Hypertrophie des rechten Ventrikels mit seinen Folgen.

b) Die Tuberkulose: Eine Spitzeninfiltration, welche auch schwieliger Natur sein kann, giebt die Anregung zur Bildung eines grossen pleuritischen Exsudates. Besteht dies längere Zeit, so kann bei dem trotz der Spitzeninfiltration gut genährten Pat. sich jetzt ein kachectischer Zustand ausbilden, dem eine acute Entwickelung der Tuberkulose folgt. Hier soll man daher frühzeitig punctiren. Auch kann bei zu Tuberkulose geneigten Individuen plötzlich ein Exsudat sich bilden, welches insofern als ursächliches Moment der nun auftretenden Tuberkulose gelten kann, als absolut keine älteren Herde in den Lungen sind. In anderen Fällen muss man annehmen, dass Ueberreste, besonders käsige, eines pleuritischen Exsudates die Ursache der sich acut entwickelnden Tuberkulose abgeben.

c) Intercostalneuralgien (selten). Es soll hier das Eingeschlossensein der Intercostalnerven in die Schwielen in Frage kommen.

Im Allgemeinen wird daher die Punction bei höheren Graden der Exsudatbildung vorzunehmen sein. Bei solchen Ergüssen, welche rasch ansteigen, ist grosse Vorsicht und manchmal Eile nöthig. Bei linksseitigen Ergüssen mit Verdrängung des Herzens kann plötzlicher Tod eintreten, welchen Trousseau durch starke Torsion der Aorta,

Bartels durch Behinderung des venösen Blutstromes erklärt; die Vena cava infer. kann am Foramen quadrilaterum rechtwinklig abgeknickt werden. Bei sonst langsam sich rückbildenden Ergüssen räth H. zur Thoracocentese, wenn dieselben 2—3 Wochen stationär bleiben.

Um Lufteintritt zu verhüten ist es zweckmässig, nach Reybard das freie Ende des Troikarts mit befeuchtetem Katzendarm zu umgeben, welcher der Luft den Weg verlegt.

Punction mit Aspiration schlägt H. nur für die Fälle vor, wo voraussichtlich (besonders bei älteren Individuen) die elastischen Kräfte des Thorax nicht ausreichen, das Exsudat zu entfernen. Forcirte Entfaltung der Lunge sei vor Allem zu vermeiden. Der 5. oder 6. Intercostalraum etwas vor der Axillarlinie ist bei halbsitzender Lage des Patienten die beste Stelle zum Punctiren.

Bei eitrigen Ergüssen ist die weite Eröffnung der Pleurahöhle durch Incision (2—$2^1/_2$″ lang) das Beste. Vorher muss man sich jedoch Gewissheit darüber verschaffen, ob das Exsudat auch wirklich eitrig ist (Probepunction). Nach der Incision ist bei reichlicher Eiterung Anfangs täglich 4—5 Mal, später 2 Mal mit warmem Carbolwasser gründlich auszuspritzen.

Zu beachten ist, dass bei der Thoracocentese oder kurz nach derselben plötzlich der Tod eintreten kann. Besnier beschreibt 1875 einen Fall, wo er während der Operation den Patienten durch Syncope verlor. Legroux verlor $^3/_4$ Stunden nach der Operation 1875 einen Patienten, wie er meint, in Folge von Hirnanämie. Bei Tenneson's Patienten, der während der Punction mit Aspiration collabirte, jedoch durch sofortige Unterbrechung der Operation gerettet wurde, soll Congestion nach den Lungen Ursache gewesen sein. Raynaud berichtet über einen Fall, wo der Tod durch Syncope bei der Incision durch die Haut eintrat.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Dieulafoy. Kyste du rein. Quarante-sept aspirations simples. Guérison.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 5.)

D. ward von einem Collegen zu einem Pat. gerufen, der seit einigen Jahren an zunehmender hochgradiger Dyspnoë litt. Die Ursache der letzteren war ein enormer Flüssigkeitstumor, der in der rechten Thoraxseite und im Abdomen sich ausbreitete und abwärts bis in die Fossa iliac. d. reichte. D. fand den Pat. nahezu asphyktisch, mit kleinem, frequentem Pulse, erhöhter Temp. und kleinblasigem Rasseln in den Lungen. Die Palpation ergab nicht deutliche Fluctuation, doch sicher Elasticität des Tumor's. Die Dämpfung reichte vom 4. Intercostalraume, und hinten von der Spitze der rechten Scapula, ohne Unterbrechung bis in die Lumbar- und

Lebergegend, und nach abwärts bis in die fossa iliac. dextra, 10 Ctm. die Lin. alb. nach links hin überschreitend.

Pat. hatte vor einer Reihe von Jahren an Blasenkatarrh und Steinkrankheit gelitten, und war wegen letzterer operirt worden. Seither, d. i. seit 40 Jahren entleert er beim Uriniren zahlreiche Grieskörnchen. Dies führte zur Feststellung der Diagnose einer Hydronephrose, welche in letzter Zeit in Eiterung übergegangen war.

Unter den verschiedenen Behandlungsmethoden, die hier eingeleitet werden konnten, wählte D. die Application des Trokar à démeure. Doch kam es nicht dazu. D. wollte nämlich vorerst einfache wiederholte Aspirationen der Cystenflüssigkeit in Anwendung bringen, um sich durch die Retraction des Cystensackes über die Stelle zu vergewissern, wo der Trokar am besten applicirt werden möchte.

Die Krankengeschichte theilte sich nun in 3 Perioden. In der 1. Periode wurden 5 Aspirationen (mit Nadel No. 2 des Aspirators) gemacht. Asphyxie und Fieber wurden dadurch beseitigt; Appetit und Schlaf kehrten wieder. — In der 2. Periode reproducirte sich die Cystenflüssigkeit mit solcher Hartnäckigkeit, dass 26 Male in 7 Monaten aspirirt werden musste. In dieser Zeit wollte D. zur Application des Trokar à demeûre greifen, da der Tumor sich so nach oben und aussen retrahirt hatte, dass über die zweckentsprechende Punctionsstelle kein Zweifel mehr sein konnte. Pat. fühlte sich aber jetzt so wohl, dass er hiervon nichts wissen wollte; er war nur gewillt, bei etwaiger Wiederfüllung der Cyste aus der Heimath wieder herzureisen, um eine Aspiration vornehmen zu lassen. Dabei blieb es. — In der 3. Periode endlich wurden die Aspirationen zunehmend seltener nothwendig, alle 2—3, endlich alle 6 Monate eine, bis die Cyste verschrumpft war. Die Behandlungsdauer erstreckte sich demnach auf eine Zeit von 3 Jahren, in welcher etwa 8 Liter purulenter Flüssigkeit entleert wurden durch 47 einfache Aspirationen. Griessteinchen waren nie in der Flüssigkeit gefunden worden.

In Folge der allmäligen Retraction der Cyste wechselten die Punctionsstellen auf einer krummen Linie (mit unterer Convexität), die ausgehend vom Nabel gegen die Leber aufstieg, um sich der rechten Lumbargegend zu nähern.

D. bemerkt schliesslich, dass er das in diesem Falle eingeschlagene Verfahren nicht als Operationstypus für ähnliche Fälle hinstellen wolle; seine Absicht sei ja auch in diesem Falle eine andere gewesen. Doch sei der Fall sehr lehrreich, da er zeige, dass man durch Beharrlichkeit mittelst eines ganz ungefährlichen Verfahrens ein ausgezeichnetes Resultat erzielen könne. Aehnliches sei ihm durch einfache Aspiration bei Lebercysten, eiternden Bubonen, Hydarthrosen, u. a. dgl. geglückt. **Fr. Steiner** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

J. F. West. Cases of special interest in surgical pathology.
(Birmingham med. review 1877. April. p. 133.)

Verf. theilt 3 Fälle mit, die sämmtlich letal verliefen.

1. Fall. Ostitis suppurativa, sich anschliessend an eine alte partielle Ankylose im Kniegelenk.

2. Fall. Ausgebreitete Sclerose des Femur, in dessen Centrum ein alter grosser Sequester.

Beide Fälle verliefen tödtlich durch secundäre Nephritis, die jeden operativen Eingriff contraindicirte.

3. Fall. Pat., 60 Jahr alt, ohne hereditäre Disposition, bemerkte im September 1876 eine schmerzhafte Anschwellung auf der rechten Seite des Halses. Januar 1877 bei der Aufnahme ins Hospital fand sich ein Tumor in der Mitte der rechten Halsseite, der noch den hintern Theil des Sterno-cleido-mastoideus umfasste, ziemlich beweglich, mit der Haut wenig verwachsen, hart und spontan schmerzhaft war.

Am 27. Januar Exstirpation. Winkelschnitt längs des hintern Bauches des Sterno-cleido-mastoideus und längs der Clavicula. Verwachsung des Tumor mit der Vena jugularis interna, Blutung aus derselben, Unterbindung der Vene mit Catgut. Ausstopfen der Wunde mit styptischer Wolle, Drainage, Hautlappen angenäht, Verband mit Salicyllint. Am nächsten Tage 39,0, Oedem des Gesichts; am 9. Tage Delirien unter fortdauerndem Fieber, schlechtes Aussehen der Wunde, allmäliger Collaps, Tod am 18. Tage.

Autopsie: Catgutfaden um die Vena jugularis resorbirt, Lumen des Gefässes an der Unterbindungsstelle einen Zoll weit obliterirt. Infiltration der Halslymphdrüsen. Oedem der Pia mater, Hydrocephalus internus. — Der Tumor erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein sehr bindegewebsreicher Scirrhus.

Verf. schiebt das Oedem der Pia mater, die Delirien und das Coma, dem Pat. schliesslich erlag, auf die Unterbindung der vena jugularis interna und räth in künftigen Fällen lieber die Acupressur in Anwendung zu ziehen.

H. Wildt (Berlin).

Chassagny. Sur une modification du cathéterisme oesophagien.
(France médicale 1877. No. 34.)

Ch. benutzt um den Larynx weniger zu incommodiren biegsame, platte Metalloliven, die an seitlicher Ausdehnung die Einbusse am Dickendurchmesser compensiren. **Viertel** (Breslau).

Leven. Mort subite après la thoracentèse.
(Gaz. des hôpitaux 1876. No. 134.)

Indem Verf. einen neuerdings vorgekommenen plötzlichen Todesfall nach der Paracentesis thoracis mittheilt, glaubt er auf Grund der intra vitam beobachteten Phänomene und der Sectionsbefunde als causa letalis eine Reizung des Nervus pneumogastricus in Folge einer Verletzung des Endkolbens desselben annehmen zu müssen. **Pauli** (Cöln).

Marfan. Kélotomie pratiquée deux fois avec succès sur le même sujet, à troie ans d'intervalle, tantôt à droite, tantôt à gauche.
(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 65.)

Der Titel giebt das Wesentliche des Falles wieder: eine 65jährige Frau wurde das erstemal wegen einer linksseitigen Cruralhernie operirt, welche Dünndarm und Netz enthielt und seit 5 Tagen eingeklemmt war (über den Zustand des Darmes ist nichts gesagt. Ref.). Pat. war in 3 Wochen geheilt, erlitt aber 3 Jahre später wieder eine Einklemmung, diesmal eine rechtsseitige Cruralhernie betreffend. Symptome sehr heftig, weshalb nach 2 Tagen die Herniotomie ausgeführt und eine injicirte und leicht schiefergrau gefärbte Dünndarmschlinge reponirt wird. Heilung ohne Zwischenfall. Beide Male wurde der Bruchsack eröffnet; links hatte die Hernie zur Zeit der 2. Operation sich bereits reproducirt.

Winiwarter (Wien).

Richet. Kyste hématique formé aux dépens de l'épiploon gastro-hépatique

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 57.)

Ein Mann, dem vor einigen Wochen die Räder eines Wagens über Brust und Bauch gegangen waren und mehrere Rippen fracturirt hatten, kam nach Ausheilung dieser Verletzung in das Hôtel-Dieu wegen einer Geschwulst, die sich in der Oberbauchgegend entwickelt hatte und sich rasch vergrösserte. Eine Probepunction entleerte etwas blutig-seröse Flüssigkeit. R. punctirte hierauf nochmals und liess die Kanüle liegen. Kurze Zeit nach der Operation starb der Kranke an acuter Peritonitis, hervorgerufen durch Austreten von Flüssigkeit in die Bauchhöhle. Die Section ergab eine grosse Blutcyste, deren Wandungen durch das Pankreas, das kleine Netz, die Leber und die vordere Bauchwand gebildet wurden. R. glaubt, dass die Cyste entstanden sei durch eine Gefässruptur im kleinen Netze, welche durch das erlittene Trauma genügend erklärt sei. Eine Verletzung irgend eines anderen Organes in der Bauchhöhle war nicht nachweisbar. (Dagegen bemerkt Ref., dass die Entstehung der Geschwulst, nachweislich erst in die Zeit fällt, als der Mann nach Heilung seiner Rippenbrüche aus dem Krankenhaus entlassen worden war; während gerade eine durch traumatische Gefässruptur sich bildende Blutgeschwulst offenbar unmittelbar nach der Verletzung sich rasch hätte vergrössern müssen und bei ihrer Lage gerade an der Stelle der Verletzung schon damals bemerkbar gewesen wäre. Ref.)

R. meint, dass für die unzweifelhaft seltenen Fälle dieser Art, die Gefahr des Ausfliessens von Cysteninhalt in die Bauchhöhle durch die Anwendung einer verlängerbaren Punctionskanüle (nach Art der früher zum Blasenstich gebrauchten Kanülen à demeure) verringert werden könnte. **Winiwarter** (Wien).

Gillette. Cyste multiloculaire du ligament large droit.

(Bulletin de la société de chirurgie 1877. Tome III. Séance du 4. avril.)

Unter dieser Diagnose beschreibt G. eine Geschwulst, die er bei der Operation im Ligamentum lat. eingebettet fand.

Patientin 49 Jahr alt, mit 12 Jahren menstruirt, hat nie geboren; Menses bis vor $^1/_4$ Jahr regelmässig, wo sie cessirten. Seit 6 Jahren ward eine schmerzlose Anschwellung des Leibes bemerkt, die besonders im letzten halben Jahre bedeutend zugenommen hat. Ausserdem überstand Pat. in letzter Zeit eine Phlebitis am linken Bein; litt viel an Schmerzen in den Weichen und an Gesichtsödem.

Abdomen ungleichmässig aufgetrieben, vorherrschend die Wölbung nach vorn. Die Palpation ergiebt eine unregelmässige, wenig bewegliche Geschwulst-Masse, die in der rechten Weiche und rechts über dem Schambein Fluctuation darbietet, rechts neben der lin. alba, im rechten Hypochondrium und in der linken Seite aus festen, höckerigen Massen besteht. In beiden Weichen, im linken Hypochondrium voller Darmton, sonst überall leerer Schall. Grösster Umfang 113 Ctm.

Portio steht rechts von der Mittellinie, Uterus nach vorn gegen die Symphyse gedrängt, fast unbeweglich. Im hinteren Scheidengewölbe eine höckerige Masse, besonders nach links herabragend, fühlbar.

Auf Drängen der Pat. wurde die Laparotomie unternommen. Nach Spaltung des Peritoneum präsentirt sich der Tumor noch von einer stark gefässreichen serösen Haut überzogen; dieselbe wird eröffnet und es zeigt sich, dass die Geschwulst von vorn und hinten von dieser serösen Membran umgeben und vollständig darin eingeschlossen ist. Nach gehöriger Erweiterung der Oeffnung und Verkleinerung des Tumors durch Punction mehrerer Cysten, lässt sich die Geschwulst leicht aus der Hülle, mit der sie ausser Gefässverbindungen keine Verwachsungen eingegangen hat, herausschälen. Ein Stiel fehlt, nur ein dünner, seröser Strang führt nach dem rechten Uterushorn. Die Hülle erweist sich als das stark ausgedehnte Lig. latum dextr. Rechtes Ovarium nicht vorhanden; die Platten des Lig. lat. werden in die Bauchwunde eingenäht. Schluss derselben durch Silberdraht und umschlungene Nath. Collodiumwatteverband.

Der Inhalt der Cysten war dick, trübe, fadenziehend, grünlich; zum Theil geleeartig.

Tod erfolgte am 3. Tage an Sepsis.

Section ergab: Operationswunde primär vereinigt; im kleinen Becken die Eingeweide injicirt; Ansammlung einer Menge röthlicher eiteriger Flüssigkeit. Das linke Ovarium enthält eine Dermoidcyste; das rechte nicht vorhanden.

In der darauffolgenden Discussion wird mit Recht darauf hingewiesen, dass es sich nach der Grösse und Art des Tumors, nach der Beschaffenheit seines Inhalts und nach dem Mangel des rechten Ovarium nur um eine Geschwulst des Ovarium handeln könne, welche zwischen die Blätter des Lig. lat. hineingewachsen war.

Böters (Berlin).

Dunér. Rétrécissement de l'urèthre, uréthrotomie interne, autopsie 40 jours après l'opération.

(**Nordiskt medicinskt Arkiv Bd. IX. Hft. 1.**)

D. machte bei einem 37 Jahre alten Kranken wegen Strictur die innere Urethrotomie mit dem Instrumente von Maisonneuve. 40 Tage nach der Operation erlag Pat. der Phthise.

Bei der Section fand man auf der oberen Wand der Urethra eine längliche, vollständig vernarbte Depression. Die Narbe war glatt, von gelbweisser Farbe, mit Epithel überzogen, 24 Mm. lang und 1—2 Mm. tief; sie endete nach vorn in einer 12 Mm. langen, spitz zulaufenden, flachen Furche (nach D. von der hinteren Kante des Messers herrührend).

Verf. glaubt, dass derartige Wunden der Urethra nicht per primam, sondern durch Interposition einer breiten Narbe verheilen.

Th. Kölliker (Würzburg).

R. Pinkerton. Case of tearing out of the entire tendon of the flexor longus pollicis muscle by a donkey bite.

(Glasgow med. Journal 1877. Jan.)

Durch den Biss eines Esels wurde die letzte Daumenphalanx abgetrennt und mit derselben die Sehne des M. flex. long. poll. in einer Länge von 10 Zoll ausgerissen. Die Sehne war zur Hälfte seitlich mit den abgerissenen Muskelfasern federartig besetzt.

Naht der Wunde mit Silberdraht, antiseptischer Verband bis zum Ellenbogen mit starker Compression des Gebiets der ausgerissenen Sehne.

Heilung per primam in 25 Tagen.

Verf. betont die Schmerzlosigkeit dieser Verletzungen und die Wichtigkeit des antiseptischen Verbandes und der Compression für ihre Heilung.

Rinne (Berlin).

M. Jones. Contraction of the fingers from a burn treated by transplantation.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 570.)

Ein 2jähriges Kind hatte in Folge von Brandwunden Verkrümmung des kleinen Fingers und Dorsalflexion des Daumens behalten. Nach Durchschneidung der Sehnen des Extensor poll. long. und brevis wurde der Daumen auf Schiene gelagert und Hautstücke erfolgreich auf der Rückenseite des Daumens transplantirt; der flectirte kleine Finger liess sich direct strecken und auf einer Schiene befestigen. Später wurde eine Handschiene angelegt. Es trat vollständige Functionsfähigkeit des Daumens und des 5. Fingers ein. **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 35. **Sonnabend, den 1. September.** **1877.**

Enterorhaphie wegen einer Kothfistel im Bruchsacke.

Von

Prof. Dr. **Polano** in Leiden.

Im Centralblatt für Chirurgie vom 14. Juli 1877 findet sich eine vorläufige Mittheilung von Herrn Prof. Czerny in Heidelberg über einige durch ihn im Sommersemester verrichtete neue Operationen, die, seines Wissens, am Lebenden noch nie gemacht sind. In Betreff der dritten der genannten Operationen, »Der Enterorhaphie wegen einer Kothfistel im Bruchsacke«, nehme ich mir die Freiheit hierdurch mitzutheilen, dass ich diese Operation schon vor 24 Jahren am 18. Februar 1853, im Krankenhause zu Rotterdam, an dessen chirurgischer Abtheilung ich damals dirigirender Arzt war, ausgeführt und in Heelkundige gevallen u. s. w. Rotterdam bei Kramers 1854, p. 30 genauer beschrieben habe.

Da das Original wenigen Fachgenossen zugänglich sein wird, will ich hier in gedrängtester Kürze den betreffenden Fall mittheilen:

Ein 37jähriger Matrose, H. R., kam wegen einer Hernia scrotalis dextra incarcerata am 12. Juli 1852 ins Krankenhaus, und wurde am 13. operirt. Bei Eröffnung des Bruchsackes fand sich in demselben, ausser einer sehr grossen Menge Bruchwasser, eine Darmschlinge mit einem an der unteren Seite desselben adhärirenden Stück Netz. In der Darmschlinge war eine ovale Oeffnung mit erhabenem Rande, oberhalb dieser noch eine Stelle, welche brandig zu werden drohte. Aus der genannten Oeffnung entwichen Gase und Faeces. Durch ruhige horizontale Lage, reichliche laue Wasserklystiere und die weiter bekannten Mittel genass der Pat. so weit, dass er anfangs October das Bett verlassen und umhergehen konnte. Die Wunde war geschlossen, der Stuhl erfolgte per anum und am 13. November meinte ich den Pat. völlig hergestellt entlassen zu können. Indessen schon am 24. November kehrte derselbe zurück. Die Narbe war wieder aufgebrochen und verschwärt, die Faeces kamen wieder durch die Oeffnung. Die Genesung war also nur eine scheinbare gewesen, die Perforationsöffnung im Darme hatte sich nicht geschlossen. Bis zum Febr. 1853 mühte ich mich mit verschiedenen Mitteln ab, aber vergeblich. Zwar hatte sich die gewulstete umgestülpte Schleimhaut zurückgezogen, und war die äussere Wunde sehr verkleinert, die Communication mit der Darmöffnung blieb aber bestehen. Als also alles nichts half, beschloss ich folgende Operation, die ich am 13. Febr. ausführte. Nachdem die äussere Oeffnung durch Spongiapräparate erweitert war, wurde dieselbe in ihrer ganzen Tiefe nach oben 2 Ctm., nach unten 1 Ctm. weit dilatirt, darauf die Darmschlinge aus der Verbindung mit der Umgebung gelöst (um ihr Entschlüpfen während der Operation zu verhüten, wurde ein Faden durch die Darmwand geführt und einem Assistenten übergeben), $1^1/_2$—2 Ctm. nach aussen gezogen, und die Serosa von den ihr aufsitzenden Geweberesten mit der Scheere befreit. Dann wurde geheftet und zwar mittelst der Lambert'schen Naht. Zu dem Zwecke wurden vier Ligaturen zwischen Serosa und Muscularis angelegt, die Ränder der Darmöffnung durch einen Assistenten nach innen gestülpt und die Fadenschlingen dicht gezogen, so dass die serösen Flächen in innige Berührung mit einander kamen. Die Darmschlinge wurde nun in die Bauchhöhle reponirt, so dicht wie möglich an die Bauchöffnung gelagert, und zur Zurückhaltung von Darmbewegungen innerlich Opium gegeben. Am 21. Februar wurden die Fäden weggenommen. Am 22. bemerkte ich wieder an der Darmschlinge eine kleine Oeffnung, welche am 24. durch noch eine Naht geschlossen wurde. Anfangs März war die Wunde vollständig vernarbt, und nachdem der Pat. noch bis zum April zu weiterer Beobachtung im Krankenhause verblieben war, verliess er dasselbe, mit einem Bruchbande versehen, und ist, wie mir spätere Berichte meldeten, vollständig geheilt geblieben.

Juli 1877.

Zur Ausschneidung des Bruchsackes nach v. Nussbaum.

Von

Dr. **Ludwig Mayer,**

Docent der Chirurgie und Krankenhaus-Oberarzt in München.

Seit v. Nussbaum's vorläufiger Anzeige über Heilung von Hernien durch Ausschneiden des Bruchsackes (Bayer. ärztl. Intelligenz-Bl. 1876. No. 8) ist mir keine weitere Mittheilung über eine ausgeführte Operation dieser Art bekannt geworden und erlaubt sonach die Neuheit der Methode ein paar Fälle hier kurz zu erzählen.

Der erste Fall war in poliklinischer Behandlung. Ein 41jähriger Knecht, der schon seit Jahren an einer rechtsseitigen Inguinalhernie litt, wollte absolut davon befreit sein. Ich schnitt daher Ende Juli 1876 den Bruchsack nach Abpräparirung von Samenstrang und Hoden, was nebenbei bemerkt ziemlich mühsam war, so hoch als möglich am Inguinalring ab, nachdem ich zuvor den Bruchsackhals mit Catgutnähten in der Weise vereinigt hatte, wie dieselben die Damen als Vorderstich bezeichnen. Die Blutung war sehr gering, es musste kein Gefäss unterbunden werden. Der durch Onanie sehr herabgekommene Kranke ging an einer Gangrän des Scrotum und der Bauchdecken bis zum 6. August zu Grunde. Bei der Section fand sich ausser den Erscheinungen der Gangrän noch ein rechtsseitiges eiteriges pleuritisches Exsudat. Weiter heisst es im Berichte: »Ueber dem Anulus inguinal. intern. eine Peritoneum-Narbe, fest verwachsen. Das Peritoneum in der Umgegend blutreich, von der Narbe aus verlaufen radial reichliche Gefässe«.

Trotz des lethalen Ausganges spricht auch dieser Fall für die Operation, denn eine Peritonitis war nicht vorhanden, und eine derbe Narbe des Peritoneum nachweisbar.

Gewiss mittheilenswerth ist aber die folgende Krankengeschichte; ich entfernte zu gleicher Zeit das vorgefallene Netz. Die 45jährige Frau H. kam am 12. Juli 1877 ins Krankenhaus rechts der Isar. In der linken Inguinalgegend zeigt sich eine circa 2 faustgrosse, schmerzhafte Hernie. Sie leidet an derselben schon seit 12 Jahren; es gelang ihr bisher immer die Reposition, wenn sie unter dem Bruchbande vorgetreten war. Diesmal war die Taxis auch in der Chloroform-Narkose unmöglich. Die Herniotomie ergab einen Netzbruch, es lag ein verdicktes, faustgrosses Stück Netz vor, das strangweise mit Catgut abgebunden wurde. Hierauf schnitt ich den dicken, aussen mit viel Fett bedeckten Bruchsack am Inguinalringe, nachdem ich ihn zuvor mit der dicksten Catgutnummer doppelt unterbunden hatte, etwa so wie den Stiel einer Ovariencyste ab. Die Vereinigung der Hautwunde über der Inguinalpforte bewirkte ich in der Weise, dass ich tiefe Silberdrahtnähte mit Bleiplatten zunächst anlegte und dann die eigentliche Hautwunde mit Catgutnähten vereinigte. Streng-

ster Lister'scher Verband. Drainage. Opium innerlich. Die Kranke ist bis zum 27. Juli vollkommen geheilt und hatte während dieser Zeit 3 Verbände nöthig. Fieber war nicht vorhanden, die höchste Temperatur blieb 38,2. Das subjective Empfinden ergab sich als ein vorzügliches, keine Spur von peritonitischen Erscheinungen, keine Bauchschmerzen traten auf. Die Kranke verliess am 30. Juli das Spital. Die äussere Narbe ist derb, die Ausleerungen sind normal. Zur Vorsicht soll sie zunächst noch einige Wochen ein Bruchband tragen.

Natürlich ist über die Recidivfähigkeit nach diesem operativen Eingriffe noch nichts zu berichten, da die Zeit zu kurz ist; soviel ich aber höre, sind Nussbaum's beide Kranke noch vollkommen frei. Vielleicht muntert diese Mittheilung auch andere Collegen zu dieser Operation auf, die aber sicher nur dann gefahrlos ist, wenn Operation und Verbände streng nach Lister's Regeln ausgeführt werden.

Koch. Die Aetiologie der Milzbrandkrankheit, begründet auf die Entwickelungsgeschichte des Bacillus Anthracis.

(Sonderabdr. aus **Ferd. Cohn's** Beitr. z. Biologie der Pflanzen Bd. II. Hft. 2. 32 S. 1 Tafel.)

Dem Verf. (Physicus in Wollstein) ist es gelungen, die Entwickelung der Milzbrandbacillen durch Cultur in geeigneten Medien (Blut, Rinderserum, Humor aqueus) bei Bruttemperatur Schritt für Schritt weiter zu verfolgen und durch parallele Impfungen ihre Beziehungen zur Milzbrandkrankheit, genauer als bisher, festzustellen. Er giebt uns auf diese Weise zum ersten Mal eine vollständige Entwickelungsgeschichte dieser Pflanze und deckt in dem Zusammenhange derselben mit der Milzbrandätiologie einige neue und interessante Beziehungen auf.

Bacillen aus Blut und aus der Milz todter Thiere, welche obigen Culturbedingungen unterworfen und durch Einschluss zwischen hohlgeschliffenen Glasplatten der directen Beobachtung zugänglich gemacht waren, zeigten alsbald ein ausserordentlich rapides Wachsthum in die Länge, unter Bildung zahlreicher »Sporen«. Schon nach 2 Stunden quellen die Stäbchen auf und dehnen sich zu continuirlichen, unverzweigten Fäden; nach 3—4 Stunden haben die Fäden oft schon das 10—20fache ihrer ursprünglichen Länge erreicht und zeigen eine verschlungene oder parallel gefaserte Anordnung; nach 10—15 Stunden treten in dem fein granulirten Inhalt der kräftigsten Fäden in regelmässigen Abständen kleine, mattglänzende Körnchen auf, welche sich weiterhin zu eirunden, stark lichtbrechenden Sporen vergrössern. Nach ungefähr 20—24 Stunden ist die Sporenbildung vollendet; der Contour der Fäden schwindet, die Sporen werden frei und sinken, meist von einem schleimigen Vehikel umgeben, in der Flüssigkeit zu Boden.

In diesem Zustande kann das Präparat wochenlang unverändert bleiben. Bei hinreichendem Ernährungsmaterial aber, oder bei Uebertragung in frische Culturpräparate, entwickeln sich die Sporen weiter. Der glashelle, schmale, anscheinend protoplasmatische Saum, welcher die Spore ring- oder kugelförmig umgiebt, vermehrt sich und zwar in der Richtung der Längsaxe der Sporen; die Masse wird gestreckt eiförmig und wächst so allmälig zu cylindrischen oder stäbchenförmigen Individuen heran, an deren einem Ende die glänzende Spore gewöhnlich noch sichtbar ist. Bald jedoch verblasst diese und ist nach einiger Zeit nicht mehr wahrnehmbar. Das so erhaltene homogene, stäbchen- oder fadenförmige Gebilde stellt nun den fertigen Bacillus Anthracis dar. — Dieser ganze Entwickelungsvorgang kann sich im Cultur-Apparat in wenigen Stunden abspielen; bereits nach 3—4 Stunden sieht man alle Uebergänge von einfachen Sporen zu ausgebildeten Fäden.

In diesem Zustande können die Gebilde einen zweifachen weiteren Entwickelungsgang einschlagen; entweder sie wachsen continuirlich in die Länge weiter und bilden so lange Fäden, welche in ihrem Innern wieder Sporen abscheiden, — dies ist bei fortgesetzter Cultur in demselben Medium und bei Luftzutritt der Fall; oder sie wachsen nur bis zu einer bestimmten Länge und erhalten sich durch fortwährende Zweitheilung in der kurzcylindrischen Bacillus-Form, — und dies findet statt bei der Uebertragung auf das lebende Thier (Milzbranderkrankung). Beide Zustände können mit einander wechseln: es können Anthraxbacillen ausserhalb des Körpers zu Fäden auswachsen und Sporen bilden, und es können diese Sporen innerhalb des Körpers wieder zu Anthraxbacillen sich fortentwickeln.

Einflüsse auf die Vitalität der Pflanze.

Obige Culturresultate wurden erhalten bei einer Temperatur von 35° C., welche der Vegetation am günstigsten ist. Bei Zimmertemperatur (18—20° C.) dauert die Sporenbildung $2^1/_2$—3 Tage; unter + 12° C. kommt dieselbe überhaupt nicht mehr zu Stande. Bei + 40° wird die Vegetation kümmerlich; bei + 45° schon steht sie still. —

Spuren von Carbolsäure, welche an den benutzten Glasplatten hafteten, hinderten oder störten die Entwickelung.

Zur Ernährung der Bacillen am geeignetsten erwiesen sich die obengenannten Flüssigkeiten. Immer erfolgt hier die Vegetation unter reichlichem O-Verbrauch und daher auch nur bei freiem Luftzutritt. Am Rande des Objectes geschah die Sporenbildung imme am schnellsten. Bei O-Mangel hingegen, z. B. innerhalb des lebenden und todten Thierkörpers, kommt es niemals zur Entwickelung von Fäden und Sporen; und bei gänzlichem O-Verlust stirbt der Bacillus ab.

Ein Zerfallen der Stäbchen und Fäden zu Micrococcen (Bollinger u. A.) hat K. nie gesehen. Möglicherweise liegt bei dieser Beobachtung eine Verwechselung mit Sporen vor.

Alle früheren Forscher hatten gefunden, dass der Bacillus Anthracis durch Fäulniss des ernährenden Mediums zu Grunde gehe. In K.'s Präparaten war meist schon nach 24—48 Stunden deutlicher Fäulnissgeruch wahrnehmbar, und trotzdem erfolgte die Entwickelung zu Fäden und Sporen in ungestörter Weise.

Dieselben Forscher hatten auch angegeben, dass bacillenhaltiges Milzbrandblut durch Fäulniss unwirksam werde. K. konnte »selbst nach 14 Tagen mit solchem gefaulten Blute, welches Bacillen-Sporen enthält, noch mit derselben Sicherheit Milzbrand erzeugen, wie mit frischer stäbchenhaltiger Milz«. Und mit Glaskörper, welcher nach 3 Wochen vollständig ausgefault war, konnte noch nach 11 Wochen mit absoluter Sicherheit durch Impfung Milzbrand hervorgerufen werden. (K.'s Versuche wurden fast ausschliesslich an Mäusen gemacht, die der früheren Forscher in der Regel an grösseren Thieren. Ref.) Eine Verwechselung mit Septikämie glaubt K. ausschliessen zu können. Von 12 mit einfach faulem Blut geimpften Mäusen starben nur 2, einige andere erkrankten. Bei den septisch getödteten waren Milz und Blut frei von Bacillen, bei den milzbrandig vergifteten fehlten sie niemals.

Getrocknete Milzbrandsubstanzen verloren, in dünnen Lagen getrocknet, schon nach 12—30 Stunden ihre Impffähigkeit; in dickeren Schichten blieben sie 2—3 Wochen lang und darüber infectiös. Die gleichzeitig angestellten Culturversuche ergaben, dass nur solche getrocknete Substanzen Milzbrand hervorriefen, aus welchen sich in der angegebenen Weise sporenhaltige Fäden entwickelten und umgekehrt.

In ausgefaulten, fast nur Sporen enthaltenden Culturflüssigkeiten zeigten die verschiedenen Schichten derselben ungleiche Virulenz. Der sporenreiche Bodensatz tödtete Mäuse bei Impfung in den Schwanz schon nach 24 Stunden, die obere, klarere Schicht erst nach 3—4 Tagen. Diese Sporen im Bodensatz blieben noch wirksam beim Trocknen und Wiederaufweichen in Wasser, und selbst bei 3wöchentlicher Aufbewahrung in Brunnenwasser. Ebenso hat K. mit Schafblut, welches getrocknet und fast 4 Jahre alt war, noch Milzbrand erzeugt.

Diese Dauerhaftigkeit der Sporen erklärt die oft lange Persistenz des Milzbrandgiftes in Ställen, feuchten Wiesen und feuchtem lockerem Ackerboden und weist auf die Nothwendigkeit hin, Milzbrandcadaver sogleich (noch ehe es zur Sporenbildung in den Bacillen an der Luft gekommen ist) und möglichst tief zu verscharren.

Verf. stellte auch Blut- und Milzuntersuchungen bei geimpften Thieren an, um das numerische Verhältniss der Parasiten zu den einzelnen Stadien der Erkrankung festzustellen. Diese Untersuchungen wurden an 9 zu gleicher Zeit geimpften Mäusen in Zeiträumen von 2 zu 2 Stunden gemacht und die Mäuse zu diesem Zwecke durch Chloroform getödtet. Das Ergebniss stimmt mit den Angaben früherer Autoren ziemlich überein. Innerhalb der ersten

12 Stunden konnten weder im Blut noch in der Milz Bacillen gefunden werden; nach 14 Stunden fanden sie sich vereinzelt in der Milz, nach 16 Stunden schon weit reichlicher, während die Milz zu schwellen begann. Das letzte Thier starb nach 17 Stunden; seine Milz war erheblich vergrössert und vollgestopft mit dichten Bacillenmassen.

Impfungen auf trächtige Thiere (1 Meerschweinchen, 2 Mäuse) bestätigten das von Brauell und Bollinger erhaltene Resultat, dass das Blut der Mutter virulent sei, während das des Fötus sich unwirksam erweise.

Die Frage, ob die Bacillen die eigentliche Ursache des Milzbrandes sind oder nicht, ist nach K. nunmehr endgültig entschieden durch die »Thatsache, dass Milzbrandsubstanzen, gleichviel ob sie verhältnissmässig frisch oder ausgefault oder getrocknet und Jahre alt sind, nur dann Milzbrand zu erzeugen vermögen, wenn sie entwickelungsfähige Bacillen oder Sporen des Bacillus Anthracis enthalten«.

A. Hiller (Berlin).

Parinaud. De l'influence de la moëlle épinière sur la temperature.

(Archives de phys. norm. et path. 1877. p. 63—82.)

Die von P. an Kaninchen angestellten Untersuchungen haben zunächst zu dem bemerkenswerthen Ergebniss geführt, dass Querdurchtrennung des Rücken- und Halsmarks stets eine Herabsetzung der Innentemperatur (im Rectum gemessen) zur Folge hat, selbst bei einer Temperatur der Umgebung von 28—30° C., im Gegensatz zu Naunyn und Quincke, die durch Herstellung einer die zu starke Abkühlung seitens der Haut verhindernden Lufttemperatur von circa 30° C. das Absinken der Innentemperatur ihrer Versuchsthiere hatten hintanhalten können. Die Erniedrigung der Innentemperatur ist bedingt durch die Abkühlung der durch die Durchtrennung des Marks gelähmten Körpertheile, deren eigentliche Temperatur (gemessen in der Schenkelbeuge und Achselhöhle) während der ganzen Versuchsdauer niedriger ist, als die des mit dem Hirn in unversehrter Verbindung stehenden Vorderkörpers. Dagegen findet man im Bereich der gelähmten Körpertheile ein Ansteigen der Haut- und Zehentemperatur, aber diese Erscheinung, die Folge der Lähmung der Vasomotoren, ist vorübergehend und auch nicht einmal constant und hängt ab von dem Verhältniss der Temperatur der Haut vor dem Versuch zu derjenigen der Umgebung. P. schliesst, dass die Rückenmarkstrennung in zweierlei Weise wirkt: durch die Lähmung der Vasomotoren steigt zunächst die Temperatur der gelähmten Theile an; gleichzeitig geben diese aber infolge der grösseren Oberfläche und der beschleunigten Circulation in den Hautgefässen mehr Wärme ab. Auf der anderen Seite sind die Oxydationsprocesse im Bereiche der Läh-

mung in den Geweben ihrer Intensität nach herabgesetzt. In Folge der vergrösserten Wärmeabgabe von der Haut und der verringerten Wärmeproduction in den Geweben der unterhalb des Rückenmarkschnittes gelegenen Körpertheile muss die Innentemperatur nothwendiger Weise absinken. Die Beweise für die Richtigkeit dieser Deutung stellt P. für den zweiten Theil seiner Arbeit in Aussicht.

J. Munk (Berlin).

A. Eder. Aerztlicher Bericht.

Wien 1877. 56 S. (Selbstverlag des Herausgebers.)

In E.'s Privatanstalt werden von Professoren der Wiener med. Facultät operirte resp. behandelte Kranke verpflegt und nachbehandelt. Indem wir die auf p. 35—56 kurz wiedergegebene Casuistik der gynäkologisch, oculistisch, syphilitisch, dermatologisch und intern Erkrankten übergehen, wenden wir uns den chirurgisch Behandelten zu. Von diesen 72 Kranken boten Erkrankung der Ovarien 13, davon wurden ovariotomirt 8 (7 geheilt), 2 punctirt mit nachfolgender Drainage (2 †), 3 punctirt (1 geh., 2 mussten nachträglich ovariotomirt werden. 7 Ovariotomien machte Prof. Billroth, 1 Prof. Dittel. Unter den 12 Erkrankungen des Gesichts, der Nasen- und der Mundhöhle verdient besondere Erwähnung die osteoplastische Resection wegen Sarc. maxill. super. (Billroth). Weiterhin seien summarisch notirt: Erkrankungen des Halses und Nackens 6, der Brust 8 (Neoplasmen), des Anus und Rectum 11, der Blase 2 (1 † Lithotomie, 1 Lithotripsie), der männlichen Harnröhre 5, der männlichen Genitalien 6, der weiblichen Genitalien 3, der Lumbalgegend 1 (Fistel) und im Anhange 3 an den Extremitäten aufgetretene chronische Affectionen nebst einem Abscess der Glutealgegend und einer Phimosis congenita.

Pilz (Stettin).

Jurasz. Das systolische Hirngeräusch der Kinder.

Heidelberg 1877. 96 S.

Bei den überaus divergenten Ansichten der verschiedensten Forscher bezüglich des genannten Phänomens unterzieht J. die Frage einer eingehenden klinischen und anatomischen Untersuchung. Die Ergebnisse sind folgende:

Bei 68 Kindern fand sich das Blasen in 28 Fällen, auch hier nicht constant und nicht immer an derselben Stelle. Eine Beziehung zu pathologischen Processen, besonders zu Rachitis und Anämie liess sich nicht feststellen. Das Geräusch ist intermittirend, isochron mit dem Puls und der Hirnpulsation, häufig nur über der grossen Fontanelle zu hören. Es kommt wohl nur mit dem Carotidenblasen zusammen vor, und entsteht im canalis caroticus, vielleicht auch zuweilen im Foramen spinosum, da die Weite dieser Löcher bei Kindern sehr grossen Schwankungen unterliegt und somit ein Missverhältniss

zwischen dem Canal und der Carotis interna (bez. meningea media) entsteht. Vor dem 3. Lebensmonat und nach dem 6. Lebensjahr ist es nie gehört worden.

Ein diagnostischer Werth kann nach Obigem dem Geräusch nicht zukommen.

Mögling (Tübingen).

C. Hennig. Ueber das sogenannte Verschlucken der Zunge.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XI. Hft. 2 u. 3.)

Man versteht darunter das Ansaugen der Zunge gegen den Hintermund und Rachen, oder das Umschlagen des Zungenrückens nach hinten, wobei die rückwärts gewandte Zungenspitze sich zwischen Gaumensegel und Kehldeckel interponiren und so den Larynx verschliessen soll. Letzteres kommt nach Durchschneidung des Frenulum gelegentlich vor. Plötzliche Erstickung ist die Folge.

H. weist auf das analoge Zurückweichen der Zunge nach Durchschneidung der vorderen Anheftungen bei Unterkieferresectionen hin.

Bei durch Schnupfen verursachter Verstopfung der Nase kann eine sehr bewegliche Zunge ventilartig aspirirt und umgeschlagen werden. Desgleichen soll im Keuchhusten bei den langgezogenen Inspirationen die Zunge aspirirt und »verschluckt« werden können. Hierher gehört vielleicht mancher Todesfall bei Pertussis, der sonst unter Stimmritzenkrampf und Apoplexie figurirt.

Therapie: Hervorziehen und Herabdrücken der Zunge.

Rinne (Berlin).

Charrier. De l'emploi de l'acide picrique dans les lésions du mamelon pendant la lactation.

(Gaz. des hôpitaux 1876. No. 61.)

Verf. wendet mit dem besten Erfolge und ohne Nachtheil für den Säugling gegen das Wundsein der Brustwarzen nährender Frauen die Picrinsäure in folgender Weise an:

Aq. destillat. 1000,0	Aq. destillat. 1000,0
Acid. picrin. 13,0	Acid. picrin. 1,0

Nachdem die excoriirte oder exulcerirte Stelle mit lauem Wasser gereinigt, bepinselt man dieselbe täglich ein Mal mit der vorstehenden stärkeren Lösung, um sodann nach jeder Anlegung des Kindes an die Warze dieselbe 3—4 Minuten lang in ein kleines mit der schwächeren Lösung gefülltes Gläschen eintauchen zu lassen.

Pauli (Cöln).

Czerny. Widernatürlicher After mit Vorfall der Flexura sigmoidea. Heilung durch Ausschaltung des vorgefallenen Darmstückes. (Nebst Tafel.)

(Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 1. p. 218.)

Der betreffende Pat., bei dem auswärts wegen Einklemmung die Herniotomie gemacht worden war, wo aber die vorgefallenen Därme nicht hatten reponirt werden können, zeigte bei seiner Aufnahme in

die Klinik eine Schwellung des linken Hodensacks bis über das Dreifache und vor der Apertura ext. des Leistencanals eine Dickdarmschlinge von 25 Ctm. Länge, die an ihrer Basis von Resten des Bruchsackes umgeben war. Die Schlinge zeigte zwei Oeffnungen, aus denen sich die blaurothe Schleimhaut des Darmes hervorwölbte. Später änderte sich der Zustand insofern, als nur noch aus der obersten Oeffnung sich der Koth entleerte. Aus dieser prolabirte ein Darmstück, welches oft bis 11 Ctm. lang wurde, wenn der Pat. umherging. Da es gelang, ein Darmrohr vom After aus durch die unterste Fistelöffnung des Bruches herauszuführen, so konnte man die Länge des von der Fistel bis zum After noch vorhandenen Dickdarmendes auf 30 Ctm. bestimmen. (Dieses Stück wurde vom Verf. für physiologische Versuche über Verdauung und Resorption im Dickdarm benutzt [vergl. Virch. Arch. Bd. LIX].) — Mithin hatte man es jetzt mit einem widernatürlichen After neben einem Leistenbruche zu thun, da im Hodensack noch andere nicht reponirbare Baucheingeweide, wahrscheinlich Netz, lagen. Es handelte sich nun darum mit Ausschaltung des vorliegenden Darmstückes den Koth aus dem Colon descendens direct in das Rectum überzuführen. Der erste dahin zielende Versuch war folgender. Mit Hülfe einer eigens zu dem Zwecke construirten Darmzange, deren Arme stark S-förmig gebogen waren, sich in der Mitte kreuzten und an den Enden Platten, mit nach innen gekehrten Flächen trugen, wurden die beiden Darmwände, dadurch dass die eine Branche in die untere Oeffnung, die andere in die oberste eingeführt wurde, durch die Schraube fest an einander gepresst und zwischen beide Endplatten fixirt. Auf solche Weise entstand eine Communication. Diese wurde indessen bald so klein, dass man nur mit dem kleinen Finger durchkommen konnte. Die Darmzange wurde noch (einen Zoll etwa) weiter nach hinten angelegt und nach 14 Tagen wurden die beiden Oeffnungen mittelst einer Ecraseurkette verbunden. Jetzt gingen alle Faecalmassen durch den After ab. Doch bald schloss sich diese Oeffnung wiederum vollständig. Es wurde nun nach etwa zwei Monaten die Darmzange nochmals an zwei dicht neben einander gelegenen Stellen der alten Narbe entsprechend angelegt und durch die neue Oeffnung ein daumendickes Gummirohr durchgezogen und durch die beiden Fistelöffnungen herausgeleitet. Schliesslich wurden durch die Oeffnung 4 Gummiröhren gelegt; neben denselben ging allmälig Koth durch den After ab. Nach sechs Wochen konnte man zur Verödung des vorliegenden Darmstückes durch das Glüheisen schreiten. Nach etwa 15 Monaten konnte der Pat. vorläufig entlassen werden (25. Mai 1874). Ende Juli stellte sich der Pat. wieder ein. Bei einer damals vorgenommenen Fingeruntersuchung von der noch immer vorhandenen Kothfistel aus, wurden zufällig die Verwachsungen des Darmes mit dem Bruchsackhalse gesprengt und der Bruchsack geöffnet. Dieser Zwischenfall führte eine mehrwöchentliche heftige Reaction mit hohem Fieber herbei, sonst verlief alles günstig, nur bildete sich ein Abscess aus,

der eine zweite Kothfistel hinterliess. Nachdem oft noch Cauterisationen gemacht worden waren (Pat. erlitt unterdessen auch noch eine schwere complicirte Unterschenkelfractur), wurde endlich Ende März 1877 ein vollständiger Verschluss der letzten Kothfistel und eine vollständige Heilung des Pat. erzielt.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Giommi Mario. I sintomi simpatici e riflessi degli organi uro-poietici e genitali, del sistema nervoso encefalico e dell' apparecchio di respirazione.

(Il Raccoglitore medico 1877 No. 8, 9, 10, 11.)

Bei der Nephritis acuta, bei der colica renalis beobachtet man oft einen intensiven Schmerz in der Rückengegend und in dem betreffenden Hoden und das Hinaufziehen desselben gegen den Inguinalcanal. Der Rückenschmerz wird dadurch erklärt, dass die hintere Fläche der Niere auf dem ersten Ast des Lumbarplexus aufruht, welcher wieder intime Verbindungen mit dem Sympathicus besitzt. Aus eben dem genannten 1. Lumbarast entspringt der nervus ileo-scrotalis, welcher den Psoas durchbohrt und schief nach abwärts verläuft, sodann sich in zwei Aeste theilt, von denen der eine den m. rectus abdominis versorgt, der andere mit dem funiculus spermaticus aus dem Leistencanale tritt, und sich in der Inguinalhaut und in den Schichten des Scrotum verästelt. Ausser der Anatomie weist auch die tägliche Erfahrung auf diesen Verbindungsweg zwischen Testikel und Lumbargegend hin. Wenn wir eine reizende Lösung in die Vaginalis testis einspritzen, so entsteht sofort ein heftiger Schmerz in der Darmbein- und Nierengegend. Die Schmerzempfindung im Testikel und in den Scrotalschichten bewirkt durch Reflex die Contraction des Cremasters und das Heben des Testikels.

Die forcirte Flexion der Schenkel bei Kranken mit Perinephritis hängt von dem Bedürfniss ab, den Psoas zu erschlaffen, welcher in directer Berührung ist mit dem perirenalen Bindegewebe, und von Zweigen des Lumbarplexus durchbohrt wird.

Die Harnbeschwerden, welche bei Nierenkrankheiten auftreten, erklären sich dadurch, dass die Nieren, Ureteren, Prostata und Blase von denselben Centren, von denselben Plexus innervirt werden, und dass somit der von einer Faser fortgepflanzte Reiz sich central leicht auf die nebenliegenden fortpflanzen kann. Auch die Dysurie bei Affectionen des Rectums erklärt sich auf dieselbe Weise, da die Spinalfasern für Rectum und Blase aus demselben Centrum entspringen (plexus sacralis).

Das Erbrechen bei Nierenkrankheiten (nicht jenes, welches durch Urämie bedingt ist) erklärt sich daraus, dass der plexus renalis sowohl wie der plexus coeliacus von dem plexus solaris herkommen und dass

somit ein Reiz, welcher von den Nieren ausgeht, auf diesem Wege (durch den plexus solaris) die Nervenfasern des Magens in Reizzustand versetzen kann. **Menzel** (Triest).

A. Hempel. Zur Casuistik, Therapie und Aetiologie der Urinfisteln des Weibes.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. X. p. 479—533.)

Diese Zusammenstellung der von Spiegelberg in der gynäk. Klinik zu Breslau beobachteten und operirten Fisteln, welcher der Verf. eine Reihe klarer epikritischer Bemerkungen hinzugefügt hat, beruft sich auf 19 einfache und 16 complicirte Blasenscheidenfisteln, auf 16 Blasen-Scheiden-Gebärmutterfisteln, auf 7 Blasengebärmutterfisteln und 2 Ureterenscheidenfisteln. Die Erfolge waren sehr befriedigend: bringt man von den 60 Patientinnen 5, die sich weiterer Behandlung entzogen, in Abzug, so kommen auf 55 Kranke 49 Heilungen, 2 Besserungen, 1 Todesfall; 3 Pat. befanden sich noch in Behandlung.

4 Mal wurde die Heilung durch periphere und centrale Cauterisation mit lap. inf. erzielt: 1 mal bei einer nur 1 Ctm. langen, schlitzförmigen Blasenscheidenfistel; 1 mal bei einer Blasen-Scheiden-Gebärmutterfistel, die kurz nach der Entbindung circa $3^1/_2$ Ctm. gross gewesen war, ein halb Jahr später aber nur noch als ein schmaler Schlitz mit gegen die Blase eingezogenem trichterförmigem Rand erschien; und 2 mal bei Gebärmutterscheidenfistel, wobei ein Mal ein erbsengrosses Loch erst mit dem galvanischen Brenner, dann mit Höllenstein cauterisirt wurde.

Beim Operiren wurde die Rückenlage angeordnet, wo die Fisteln tief sassen, die Knieellbogenlage bei hohem Sitz und complicirter Bildung; wo es vortheilhaft erschien, wurden auch für die verschiedenen Acte derselben Operation verschiedene Positionen gewählt.

Die Blosslegung der Fistel geschah nach den allgemein anerkannten Regeln, die Anfrischung zumeist nach Simon's Vorschriften. Um in complicirten Fällen die quere Obliteration zu umgehen, wurden häufig mühsame vorbereitende Operationen, mehrfach das Operiren in Abschnitten und in verschiedenen Sitzungen geübt.

Zum Nähen wurde anfangs Draht, später Seide benutzt. Das Liegenlassen des Katheters wurde mehr und mehr aufgegeben, der Katheter überhaupt nur da applicirt, wo spontane Entleerung unmöglich war. Scheideninjectionen wurden vermieden. Die Entfernung der Nähte erfolgte nur ausnahmsweise vor dem 7.—8. Tag.

Unter den Complicationen heben wir hervor, dass ein Mal das Mitfassen des Ureters, der in den Wundrand mündete, vermieden werden musste (26), und ein Mal die Peritonealhöhle eröffnet wurde (sofortiger Verschluss, keine Störung). Ein Mal wurde eine Fadenschlinge Mittelpunct einer Steinbildung, die die Lithotomie nöthig machte.

Die Entstehung der Fisteln datirte mit 3 Ausnahmen (Trauma

in der Schwangerschaft — Lues — Pessarium) stets von schweren Entbindungen. In den 12 Fällen, die klinisch oder poliklinisch vorgekommen waren, hatte es sich immer um sehr protrahirte Geburten von Knaben gehandelt, meist mit vorzeitigem Wasserabfluss, und zwar 5 mal bei einfach plattem, 5 mal bei allgemein verengtem, plattem und 2 mal (sehr grosse Defecte!) bei gleichmässig allgemein verengtem Becken. **Löhlein** (Berlin).

Gosselin. Un cas de tarsalgie des adolescents avec autopsie.

(Bulletin de l'academie de médecine 1877. No. 16. p. 413.)

Bei einem Mädchen von 18 Jahren, seit einem Jahr als Kellnerin anhaltend stehend beschäftigt, wird durch Ausschluss eine Tarsalgie diagnosticirt, die nach Bettruhe und Vesicantien sich rasch bessert. Etliche Wochen später Tod durch typhöses Fieber. Sectionsbefund: Ergriffen sind nur die Gelenke zwischen os scaphoid. und 2. und 3. os cuneiforme, das Gelenk zwischen diesen selbst, und ihre Verbindung mit dem 2. und 3. Metacarpalknochen. Es findet sich entzündliche Verdickung des Bandapparats, centraler Knorpelschwund, und rareficirende Ostitis; keine Muskelcontractur.

Mögling (Tübingen).

Kleinere Mittheilungen.

M. C. Furnell. Some remarks on the discovery of the anaesthetic effects of chloroform and its first exhibition in England.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 934.)

Nachdem Morton 1846 die anästhetischen Eigenschaften des Aethers erkannt hatte, machte F. im chemischen Laboratorium von J. Bell (London) Versuche mit den verschiedensten Inhalatorien. Da ihm aber Aether zur Benutzung verboten war, so experimentirte er mit einer zufällig aufgefundenen Flüssigkeit »chloric ether«, fand den Geruch angenehmer, nicht reizend für die Respirations-Schleimhaut und von guter anästhetischer Wirkung. Auf W. Coste's Veranlassung, dem F. diese an sich gemachte Erfahrung mitgetheilt hatte, wandte Sir W. Lawrence mit zufriedenstellendem Erfolge, ebenso Coste im Sommer 1847 einige Monate vor Simpson dasselbe an. Der später auftauchende Zweifel, ob chloric ether Chloroform gewesen, wird dahin gelöst, dass Chloric ether: 1 Theil Chloroform auf 6 Theile Spirit. vin. gewesen. Somit hat F. vor Simpson die anästhetischen Eigenthümlichkeiten des chloroformhaltigen Mittels erkannt und ist das Mittel durch F. im Bartholomew's Hospital für chirurgische Zwecke verwerthet worden.

Pilz (Stettin).

Hausmann. Einige Versuche über die Einwirkung des Aetzkali auf die Krebse und Sarcome.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 17.)

Verf. hat interessante Versuche über die Einwirkung 0,1 bis 5,0 % Kalilösung bei verschiedenen Temperaturen auf exstirpirte Geschwulstmassen vorgenommen. Selbst dünnere Lösungen von 1 % wirken bei 50° C. intensiver zerstörend, als sehr starke, bis 50 % haltende, bei gewöhnlicher Temperatur. Eine ausführliche Mittheilung wird in Aussicht gestellt. **v. Mosengeil** (Bonn).

Otto. Ueber Salicylsäure-Inhalationen bei Tussis convulsiva.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 22 u. 23.)

Verf. hat in 7 Fällen von Keuchhusten bei abendlichen Inhalationen von wässriger, 2 % Salicylsäurelösung gute Erfolge gesehen und ist der Ansicht, dass

er dabei selbst die in die tieferen Bronchialäste vorgerückten »Keuchhustenpilze« ausser Activität gesetzt habe. **Mögling** (Tübingen).

St. Smith. Fatal cellulitis following the use of the elastic bandage.
(Arch. of clin. surg. Vol. II. p. 70.).

Bei einem 25jährigen Manne mit Nekrose des Oberarms wurde, da die Weichtheile des Armes nicht infiltrirt waren und von normaler Weichheit erschienen, die elastische blutaustreibende Binde bis zum oberen Drittel des Oberarms angelegt; die Operation bot nichts Besonderes. Schon am folgenden Tage bildete sich an der Grenze des oberen Drittels des Oberarms eine Entzündung aus, die zur Eiterung führte. Bevor der Abscess, welcher stinkenden Eiter entleerte, geöffnet werden konnte, breitete sich die Zellgewebsentzündung auf Rücken, Thorax und Nacken aus und griff endlich auf die Hüfte und das Bein über. Bald traten Zeichen von Pleuritis und mehrfache Frostanfälle auf und 12 Tage nach der Operation erfolgte der tödtliche Ausgang. Die Section liess keinen Zweifel darüber aufkommen, dass die Zellgewebsvereiterung mit der an der Grenze der Constriction aufgetretenen Entzündung in directem Zusammenhang gestanden hatte. Der Fall mahnt zur Vorsicht beim Gebrauche elastischer Binden an erkrankten Stellen, wenn auch an denselben äusserlich keine Erscheinungen von Eiteranhäufung resp. -Bildung sichtbar sind. **Pilz** (Stettin).

Haller. Ein Fall von Sclerodermie Erwachsener.
(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 14.)

Ein 19jähriges Mädchen erkrankte nach einer überstandenen Pneumonie an obengenannter Krankheit. Dieselbe fing mit Schwellung und Steifigkeit am Halse an; die Haut an Hals, Nacken, Brust und den Oberarmen war gelb, straff gespannt, nicht in Falten zu erheben; active Bewegungen in den befallenen Partien schwer auszuführen und schmerzhaft. Schuppenbildung fehlt, Sensibilität nicht verringert. Blaud'sche Pillen, Bäder und Fetteinreibungen nach denselben wurden verordnet, wonach Besserung und allmälig fast völlige Heilung erfolgte.
v. Mosengeil (Bonn).

Moutier. Glossite aiguë.
(Année médicale de Caën 1877. No. 2.)

Ein 60jähriger sonst kräftiger Mann bekam ohne bekannte Veranlassung eine acute Schwellung der Zunge, welche anfänglich nur beim Sprechen hinderlich, innerhalb 24 Stunden so rasch wuchs, dass sowohl Sprache als Schlucken absolut unmöglich wurden; zugleich gesellten sich heftige stechende Schmerzen hinzu.

M. fand den Kranken mit offenem Mund; die ausserordentlich geschwollene Zunge füllte die erweiterte Mundhöhle und ragte zwischen den Zahnreihen seitlich und nach vorn hervor. Obere Halslymphdrüsen geschwollen und schmerzhaft; hohes Fieber. M. machte ohne Verzug 2 tiefe Einstiche mit einem spitzen Bistouri in den Zungenrücken hinein; Ausfluss von circa 150 Grm. Blut, darauf erhebliche Besserung, die Sprache wieder etwas möglich. Auch schluckte Pat. wieder einige Tropfen Flüssigkeit. Aber am andern Tag trat wieder erhebliche Schwellung ein. Statt der Einstiche wurden nunmehr 4 tiefe Incisionen in die Zungenränder und den Zungenrücken gemacht; sehr reichliche Blutung, welche eine grosse Erleichterung verschafft und von selbst aufhört.

Die Wirkung dieser Entspannungsschnitte und der energischen localen Blutentziehung war und blieb eine ausgezeichnete. Rasche Heilung.
Girard (Bern).

Beschorner. Beitrag zur endolaryngealen Operation von Kehlkopfpolypen.
(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 14.)

Eine 54jährige Frau wurde seit 3 Jahren von Kehlkopfkatarrhen geplagt; zur Zeit war ein Papillom vorhanden, welches aus drei Partien bestand und von der Stimmbandcommissur und der rechten Morgagni'schen Tasche nach oben und

unten ausging. Versuche, mit dem Bruns'schen Schlingenträger die Geschwulst abzuquetschen, erregten starke Suffocationsanfälle, und wurde, da der sehr kleine Luftweg schon durch ein Coagulum völlig geschlossen werden konnte, die Tracheotomie vorgenommen und die Pat. geübt, bis sie das Einführen der Schlinge vertrug. In vier Sitzungen wurde die Geschwulst ecrasirt bis auf einen conischen Stumpf an der rechten Morgagni'schen Tasche. Von hier aus entstand ein Recidiv, welches durch Cauterisation völlig entfernt wurde. Trotzdem trat ein neues Recidiv auf, welches beide Stimmbänder betraf; dieses war schwieriger zu entfernen und liess seine histologische Untersuchung den Uebergang zu maligneren Formen befürchten. **v. Mosengeil** (Bonn).

T. Franca. Fractura comminutiva do humero.

(Journal da Sociedade das Sciencias medicas de Lisboa 1877. No. 6. p. 174.)

Ein 32jähriger, robuster Steinbrecher fiel von einem mit Maulthieren bespannten Wagen, so dass ihm ein Rad den rechten Oberarm in der Mitte quetschte. Aufnahme in's Stadtspital zu Lissabon 9 Stunden später. Eine 3 Ctm. lange, blutende Wunde mit zerrissenen Rändern fand sich an der Innenseite des Oberarms. Der Puls weder in der A. radialis, noch in der A. ulnaris fühlbar. Der ganze Arm bis zur Axilla kalt und ödematös. — Allgemeinbefinden gut. Man wickelte den Arm unter mässiger Compression in dicke Schichten Watte ein. Nach 8 Tagen bei Erneuerung des Verbandes soll die Quetschwunde bereits vernarbt gewesen sein. — Nach 4 Wochen wurde Pat. geheilt entlassen. — Während der ganzen Heilungsdauer waren keine krankhaften Symptome aufgetreten. — Vor 3 Jahren hatte Martins der Gesellschaft den Fall einer penetrirenden Bauchwunde mit Prolaps der Därme vorgestellt, der unter einem comprimirenden Watteverband einen durchaus günstigen Verlauf genommen hatte. **Ullersperger** (München).

Henkels. Phlegmon de la fosse iliaque droite ayant débuté par une inflammation du tissu cellulaire périvésical.

(Arch. méd. Belges 1877. Bd. XI. p. 183.)

Ein 22jähriger kräftiger Mann bekommt ohne bekannte Veranlassung einen entzündlichen Process mit hohem Fieber und bedrohlichen Erscheinungen in der rechten fossa iliaca; dazu kamen Urinbeschwerden. In der Tiefe kam es zur Bildung von Eiter, welcher in der 3. Woche in die Blase durchbrach, so dass auf einmal 0,3 Liter Eiter durch die Urethra abgingen. Grosse Erleichterung, Fieberabfall. Nach einigen Wochen wurde der Urin klar und die Heilung kam vollständig zu Stande. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Davis. Compound dislocation of the knee, treated by powerful extension and counterextension, resulting in a perfect cure.

(Philad. med. Times 1877. No. 243. p. 270.)

Ein 19jähriger Pat. erlitt eine complicirte Luxation des rechten Kniegelenks durch eine Gewalt, welche die vordere untere Hälfte des Oberschenkels traf, während eine andre Kraft auf die hintere obere des Unterschenkels einwirkte. Die Condyli femoris waren unten in der Kniekehle durch die Weichtheile nach aussen gedrungen, die Tibia an der vordern Fläche des Femur in die Höhe gerückt, so dass ihre obere Epiphyse über der Patella durchgefühlt werden konnte. Starke Verkürzung; nur geringe Blutung. Der muscul. popliteus war zerrissen und Fetzen davon, welche hinten zur Wunde heraushingen, wurden entfernt. Art. poplitea von allen Weichtheilen entblösst und sehr stark gedehnt, lag zwischen den cond. fem.; die Circulation in derselben schien aufgehoben. Reduction in der Narkose: 2 Assistenten machten die Extension und Contraextension. D. drückte mit einer Hand den cond. femoris nach oben, mit der andern die Tibia nach unten. Die Wunde der Kniekehle nach der Reposition war 3″ lang; sie wurde ausgewaschen, mit kalten Umschlägen bedeckt. Fixirung des Gelenks durch eine Seitenschiene. Morphiuminjection. Am folgenden Tage Extension mit Gewichten. Die in den

folgenden Tagen auftretende Schwellung war gering und verschwand sehr bald. Die Behandlung der Wunde bestand in Ausspritzungen anfangs mit Carbolsäure später mit Milch und Wasser ana. Nach vier Wochen wurden die extendirenden Gewichte weggelassen und passive Bewegungen vorgenommen; einige Tage später bereits active. Die Wunde war fast geheilt. Wenige Wochen später stand Pat. auf. Function und Kraft sind vollständig wiedergekehrt.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Dethy. Affection nerveuse du genou.

(Arch. méd. Belges 1877. Bd. XI. p. 161.)

Ein 12jähr., schwächlicher, an Cephalalgie leidender Knabe bekam plötzlich in der rechten unteren Extremität im Verlaufe des Nerv. ischiadicus und peron. heftige Schmerzen, welche in der Gegend des Kniegelenks am intensivsten waren, bei activen und passiven Bewegungen bedeutend zunahmen, aber auch bei vollkommener Ruhe andauerten. Nachdem Chloroform- und Opodeldoc-Einreibungen vergeblich versucht waren und die Massage auch nicht half, wurde zur Faradisation des Beines geschritten, welche 3 Wochen lang täglich angewendet die Schmerzen linderte. Ein ganz ähnlicher Anfall, welcher sich während dieser Zeit im linken Bein einstellte, verschwand nach einmaliger Anwendung des Inductionsstromes. Einige Wochen später wurden die schmerzhaften Stellen des rechten Beines plötzlich insensibel, die Flexoren der Zehen schienen gelähmt. Die Diagnose lautete auf eine Läsion des Knies, welche auf reflectorischem Wege die nervösen Symptome hervorbringe. Ord.: Jodtinctur- und Arnica-Einreibungen für das Kniegelenk; innerlich Jodkali. Darauf kehrte die Sensibilität zurück, schlug jedoch nach 5 Tagen wieder in Hyperästhesie um. Jetzt wurden Morphiuminjectionen gemacht, im Schlafe passive Bewegungen des Knies vorgenommen und Abreibungen mit Salzwasser. Nach 8 Tagen Besserung, nach einigen Wochen vollständige Heilung.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Th. Smith. The rapid cure of popliteal aneurism by Esmarch's bandage.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 750.)

Bei einem seit 3 Wochen bemerkten, hühnereigrossen Popliteal-Aneurysma eines 45jährigen Mannes geschah, nachdem Flexion ungenügend gewirkt, eine feste Einwickelung mittelst der elastischen Binde bis zur Kniekehle, und nachdem Pat. eine Zeitlang gestanden, unter Freilassung des Aneurysma eine gleichmässige Einwickelung des Oberschenkels. Der Gummischlauch wurde in der Leiste fest angelegt. Nach 1 Stunde ersetzte man den Schlauch durch Signoroni's Tourniquet für 3 Stunden. Pat. war chloroformirt worden. Nach der ersten Stunde war das Blut im Aneurysma noch nicht coagulirt; wohl aber trat die Coagulation nach 2 Stunden ein. Das pulslose, feste Aneurysma war auf die Hälfte seiner früheren Grösse reducirt. Volle Heilung. — Bis jetzt ist diese Behandlungsweise bei der in Rede stehenden Affection von Reid, Wagstaffe, F. Heath, Wright und Bradley, von Letzterem erfolglos, angewandt. Verf. hat ausserdem bei einem Pat. mit doppelseitigem Aneur. popl. dieses Verfahren angewandt, aber ohne Erfolg, erklärt aber zugleich, dass er hierbei einen Fehler gemacht habe, indem er das eine Mal das Aneurysma mit entleert, das andere Mal den Blutabschluss nicht vollständig und nicht lange genug ausgeführt habe. Zur Heilung nothwendig erscheint ihm, dass die Extremität bis auf das gefüllte Aneurysma blutleer gemacht und längere Zeit so erhalten werde. In 3 Fällen bemerkte man über dem fester gewordenen Aneurysma ein heftig pulsirendes Gefäss. —

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 36. Sonnabend, den 8. September. 1877.

Zur Aetiologie der Schenkelhalsfracturen.

Von

Dr. G. Stetter,

I. Assistenz-Arzt.

(Aus der Königl. chirurgischen Univers.-Klinik des Herrn Prof. Dr. Schönborn zu Königsberg i/Pr.)

Zur Bekräftigung der von Linhart*) und Riedinger**) aufgestellten Ansicht, dass viele Fracturen des Collum femoris an seiner Insertion in die Trochanterenpartie, Rissbrüche sind, »indem durch starkes Anspannen des Ligament. Bertini beim Rückwärtsbeugen des Stammes und Auswärtsrollen des Oberschenkels die Linea intertro-

*) Verhandlungen der deutschen Gesellsch. für Chirurgie. IV. Congress 1875. Berlin 1876. p. 40.

**) Studien über Grund und Einkeilung der Schenkelhalsbrüche. Würzburg 1874, p. 63 und Centralbl. f. Chir. II. 1875, No. 52.

chanterica abgezogen wird«, bin ich in der Lage, einen Fall mittheilen zu können, welcher in hiesiger chirurgischer Klinik zur Beobachtung kam.

Ein 14jähriger Kellnerbursche war auf dem glatten Parquetboden eines Speisesaales ausgeglitten und hatte versucht, sich durch starkes Rückwärtsbeugen auf den Beinen zu erhalten. Er fiel jedoch zur Erde und zwar auf die linke Seite, fühlte dabei sofort einen heftigen Schmerz in der rechten Hüftgegend und konnte nicht mehr aufstehen. Bei seiner Aufnahme in die Klinik zeigte sich das rechte Bein um ca. 3 Ctm. verkürzt, sehr stark nach Aussen rotirt, so dass der äussere Fussrand auf der Unterlage auflag; die Gegend um den Trochanter major wenig geschwollen und auf Druck schmerzhaft; das Bein im Kniegelenk schwach flectirt. — Actives Erheben des Beines war nicht möglich, bei allen sehr schonend ausgeführten passiven Bewegungen klagte Patient über die heftigsten Schmerzen in der Hüftgelenksgegend. Am linken Hüftgelenk, auf welches der Kranke ganz bestimmt angab gefallen zu sein, war nichts Abnormes nachzuweisen. — Auch ohne Narkose war hier die Diagnose auf eine nicht eingekeilte Schenkelhalsfractur des rechten Oberschenkels zu stellen. Die sehr erhebliche Auswärtsrollung liess die Annahme einer eingekeilten Fractur nicht zu, da ich mich nach mehrfach gemachter Wahrnehmung entschieden zu der Ansicht Bigelow's*) bekenne, dass bei den meisten eingekeilten Schenkelhalsbrüchen an der Basis des Halses dieser nicht ganz durchbricht, sondern sich an der vorderen, sehr harten und verhältnissmässig dicken Cortical-Schicht des Knochens gewissermassen ein Charnier bildet und nur an der hinteren, bedeutend dünneren Wand die Fractur eine vollständige ist und dort durch Hineintreiben der hinteren Wand des Halses resp. deren Fortsetzung — des Calcar femorale — in die Trochanterenpartie, die Einkeilung erfolgt. Dabei kann eine so hochgradige Auswärtsrollung, wie sie in unserem Falle bestand, nicht stattfinden und es konnte sich daher nur um eine lose Schenkelhalsfractur handeln.

Die Thatsache übrigens, dass bei den als eingekeilte Schenkelhalsfracturen diagnosticirten Verletzungen nicht immer eine vollständige Trennung des Halses vom Schaft vorzuliegen braucht, finden wir schon vor Bigelow von Colles**), Sabatier***) und Wilkinson King†) beschrieben.

Samuel Cooper (s. Anm.) erklärt die Erscheinung, »welche

*) Bigelow, Mechanismus der Luxat. und Fract. im Hüftgelenk, übersetzt von E. Pochhammer. Berlin 1873.

**) Fracture of the neck of the femur; illustr. by Dissections. Dubl. Hosp. Rep. Vol. II. p. 334 und Samuel Cooper, Handb. d. Chir., übers. v. Froriep. Weimar 1822. Bd. IV. p. 418 und 420.

***) Traité des malad. chir. T. III. p. 278 und Sam. Cooper, a. a. O. Bd. II. p. 102.

†) Guy's Hosp. Rep. Oct. 1844. p. 347. On a specimen of Partial-Fracture of the neck of the Thigh-bone.

öfter vorkommt«, dass der Patient nach dem Bruche des Schenkelhalses aufstehen und fortgehen kann, durch die Sectionen des Dr. Colles, welcher (l. c.) berichtet, dass er in 3 Fällen (No. 7, 8 und 9 seiner Aufzählung von im Ganzen 11 Fällen) »eine Erscheinung gewahrte, welcher seiner Meinung nach jetzt zum ersten Mal Erwähnung geschieht, nämlich eine Fractur, die nur durch einen Theil des Halses lief«. — Aus der Beschreibung des ersten Falles*) (No. 7) geht hervor, dass die äussere Knochenschaale des Schenkelhalses fast im Halbkreis des Knochens an der hinteren Seite unzerbrochen war. »The fracture was incomplete, for the external bony coating of the neck of the femur remained unbroken for nearly half the circumference of the bone at its posterior part.« Auch in dem zweiten Fall (No. 8) war der hintere Theil des Halses in einer Breite von einem Zoll im Zusammenhang geblieben. Bei der dritten Beobachtung fehlen genauere Angaben.

Bei der Eintheilung der Fractur-Stellen führt Sabatier (l. c.) an, dass die Brüche auch da entstehen können, wo sich der Hals mit dem grossen Trochanter verbindet, »in welchen Fällen die Trennung des Zusammenhanges an der Aussenseite des Gelenks sein kann, was häufiger vorkommt, als man sich gewöhnlich vorgestellt hat«.

Endlich beschreibt W. King (l. c.) eine Section, bei welcher er auch eine Partial-Fractur des Halses fand. Die Rindenschicht war nach oben und vorn unverletzt geblieben, der Kopf war nach rückwärts gebeugt »and the buttress of the neck was driven into the cancelli about a third of an inch«. Hier scheint also eine Fractur vorgelegen zu haben, welche der von Bigelow beschriebenen »Charnier-Fractur« sehr nahe kommt.

Auf unseren Fall nun wieder zurückkommend, so glaube ich, beweist die Thatsache des Entstehens der Fractur an der rechten Seite, während Patient auf die linke Seite fiel, sehr evident die Richtigkeit der oben citirten v. Linhart-Riedinger'schen Ansicht. Während sich der Kranke auf den Beinen zu erhalten suchte und zu diesem Zwecke den Oberkörper stark nach hinten bog, spannte sich das Y-Ligament und riss den Hals an seiner Basis vom Schaft des Oberschenkels ab. Dass das Lig. ileo-femorale stark genug ist, einen so mächtigen Zug ohne zu reissen auszuhalten, lehrt einmal die eigene Anschauung bei Präparation des Bandes an Leichen, und ist wohl auch durch die eingehenden und erfolgreichen Arbeiten Bigelow's über dieses Ligament und die Rolle, welche es besonders bei Luxationen im Hüftgelenk spielt, zur Genüge bewiesen. —

Im Anschluss an das Vorhergehende sei mir gestattet, hier kurz darauf hinzuweisen, dass zu einer Zeit, in welcher als Ursachen der Schenkelhalsfracturen ganz allgemein nur ein Fall auf die Füsse oder Kniee oder auf den Trochanter major angenommen wurden, Earle

*) Vergl. auch Henry Earle, Prakt. Beobachtungen in der Chir. — Aus dem Engl. Weimar 1824, in der chir. Hand-Bibliothek. Bd. VII. p. 63 u. 64.

(l. c.) eines Patienten Erwähnung thut, welcher sich eine Schenkelhalsfractur innerhalb der Kapsel durch blosse Muskelanstrengung zugezogen hatte, indem er nämlich einen Wassereimer ausschüttete und dabei Körper und Becken zugleich drehte, während die unteren Extremitäten fixirt blieben. — Die Möglichkeit, dass es sich bei der Entstehung dieser Fractur nicht um Muskelzug, sondern Zug des Lig. Bertini gehandelt habe, ist jedenfalls nicht ausgeschlossen.

Schliesslich erlaubt unser Patient noch eine weitere Bestätigung der Richtigkeit einer Vermuthung, welche Riedinger am Ende seines Aufsatzes in dieser Zeitschrift ausspricht, dass nämlich in dem von ihm dort beschriebenen Falle, die Einkeilung erst secundär beim Auftreten zu Stande gekommen sei. — Unser Patient ist nach dem Falle gar nicht mehr aufgetreten, konnte sich also eine Einkeilung dadurch nicht mehr zuziehen und seine Fractur war eine lose. Allerdings ist es nöthig bei diesem Raisonnement die Ansicht fallen zu lassen, dass es sich bei den meisten eingekeilten Schenkelhalsfracturen um sogenannte Charnier-Fracturen handelt; denn dann kann durch das Aufstehen resp. Gehen die Einkeilung nur vergrössert werden.

E. Albert. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre.

Erster Band. **Urban** und **Schwarzenberg,** Wien 1877.

Der vorliegende erste Band von Albert's Lehrbuch der Chirurgie umfasst die chirurgischen Krankheiten des Kopfes und Halses. Verf. hat die von Billroth in seiner allgemeinen Chirurgie und von Volkmann in seiner bekannten Zeitschrift gewählte Form der klinischen Vorträge adoptirt, und die dadurch gegebene mannigfache Gelegenheit, den üblichen trockenen Lehrbuchstil zu umgehen und die Aufmerksamkeit des Lesers lebendiger anzuregen, indem er ihn fortwährend an das Krankenbett selbst führt und mit ihm gemeinschaftlich Diagnose, Prognose und Therapie feststellt, mit vielem Geschick und gutem Erfolge zu benutzen gewusst. Hat dadurch das Werk hin und wieder ein etwas stärkeres subjectives Gepräge bekommen, als man von einem Lehrbuch im Allgemeinen zu erwarten pflegt, so wird dieser kleine Nachtheil durch die weit lebendigere und eindringlichere Diction reichlich aufgewogen, und hat die gewohnte, streng systematische Anordnung des Materials einem loseren Gefüge Platz machen müssen, so hat es Albert dafür verstanden, durch zahlreiche Excurse auf das Gebiet der Physiologie und der allgemeinen Chirurgie, in denen stets den neueren Arbeiten die gebührende Rechnung getragen ist, Theorie und Praxis so mit einander zu verschmelzen, dass er überall die eine aus der andern sich entwickeln lässt, überall den Lernenden zum eigenen Nachdenken anregt und ihn daran gewöhnt, sich jederzeit die Gründe für sein praktisches Handeln klar zu machen. Fügen wir noch hinzu, dass Albert es sich hat angelegen sein lassen, durch höchst interessante, zum Theil vorzügliche geschichtliche Rückblicke die Entwickelung

einzelner Lehren und grosser leitender Ideen zu demonstriren, und durch eine glückliche Auswahl charakteristischer Citate älterer Autoren das Gesagte zu belegen (s. z. B. die Geschichte der Narkose, der Ideen über Wundinfection und ihre Verhütung, der Lehre von der Trepanation, der Neurotomie, der Tracheotomie), so glauben wir über den allgemeinen Character des vortrefflichen Buches genug gesagt zu haben, um es auch der Aufmerksamkeit des Fachmannes zu empfehlen.

Von dem speciellen Inhalte kann nur Einiges hervorgehoben werden.

Die 3 ersten Vorlesungen sind den grossen Erfindungen gewidmet, welche am meisten dazu beigetragen haben, der modernen Chirurgie die enormen Fortschritte zu ermöglichen, welche sie in der That gemacht hat: der Narkose, der Blutsparung und verbesserten Blutstillung und der antiseptischen Wundbehandlung, als deren warmen Anhänger sich Albert bekennt. Es folgen dann die chirurgischen Krankheiten der einzelnen Körpertheile, beginnend mit den Verletzungen des Gehirns, den Schädelbrüchen u. s. w., bei welchen die Ergebnisse der neueren Experimentalphysiologie die eingehendste Berücksichtigung gefunden haben. Vortrefflich sind die Capitel über Trepanation, über Prosopalgie, das Allgemeine über plastische Operationen, die anatomische Begründung für die verschiedenen Verbreitungswege von Entzündung und Eiterung am Halse, die Beschreibung der am Halse vorkommenden Tumoren und ihre Differentialdiagnostik u. s. w.

Die wenigen Ausstellungen, welche Ref. neben so vielem Rühmenswerthen an dem Buche machen möchte, beziehen sich fast ausnahmslos nicht auf das, was es giebt, sondern auf das, was es nicht giebt. So vermisst man ungern die Schilderung des Verfahrens von Larghi, Pitha und Billroth, den Unterkiefer bei Phosphornekrose ohne äusseren Hautschnitt vom Munde aus zu entfernen. Es befremdet, bei der Besprechung der Ozaena nur die nichtssagende Therapie der alten Lehrbücher wiederholt zu finden, während der energischen Massnahmen, welche wiederholt aus der Hallenser Klinik empfohlen wurden und der fast gleichzeitig beschriebenen sehr ähnlichen Therapie von Rouge in Lausanne mit ihren sicheren Erfolgen nicht mit einer Silbe gedacht wird. Ebenso wären Sédillot's und v. Langenbeck's Verfahren bei der Operation des Zungencarcinoms, die totale Rhinoplastik mit federndem Stützlappen nach Volkmann, die vorzügliche Brauchbarkeit der Haut des Nasenrückens für partielle Rhinoplastiken, die so unübertreffliche Resultate liefernde Plastik der Unterlippe nach v. Langenbeck, die Beseitigung der Augenlidectropien durch Reverdin'sche Transplantationen wohl der Erwähnung werth gewesen. — Wir heben aber gern hervor, dass diese Mängel gegenüber den grossen Vorzügen des Buches wenig in's Gewicht fallen, und glauben, dass es vielfach den Bedürfnissen von Studirenden und Aerzten entsprechen wird. **Schede** (Berlin).

E. Navratil. Bericht über die chirurgische Abtheilung des Baracken-Spitals vom 1. Decbr. 1874 bis 1. Decbr. 1876.

(Pester med. chirurg. Presse 1877. No. 24 ff.)

1194 Kranke wurden behandelt. Grössere Operationen wurden 48 ausgeführt, kleinere 258.

Einen modificirten Lister'schen Verband wandte N. in 122 Fällen an. Bei 122 kleinen und grösseren Operationen trat 97 Mal Heilung ohne jede Complication ein. Eine Unterschenkel-Amputation heilte in 4½ Wochen, eine Amputation des Mittelfussknochens in 2 Wochen.

Den gewöhnlichen Occlusionsverband wandte N. 225 Mal an. In den meisten Fällen trat copiöse Eiterung auf. In 7 Fällen von Erysipel und Gangrän wurde ein Kampherschleimverband benutzt.

Ein modificirter Carbol-Watteverband wurde 185 Mal angewendet. Eine Lisfranc'sche Operation heilte in 10 Tagen. 2 Unterschenkel- und 1 Mittelfuss-Amputation heilten in 4—4½—5 Wochen. Bei einer primären Vorderarm-Amputation und bei einer Radialis-Unterbindung traten Lymphangiten auf. Bei einem Gritti soll zuert Heilung eingetreten sein, später aber sollen die Wundränder wieder auseinander gegangen sein. Je 1 Todesfall an Durchfall, an Pyämie und an Septikämie ist vorgekommen (Oberarm-Amputation, Lefort'sche Osteoplastik).

Die Esmarch'sche locale Blutleere kam 41 Mal zur Anwendung, Nachblutung in Folge ungenügender Unterbindung kam 3 Mal vor.

Der weitere Bericht geht so sehr in's Einzelne und führt so viele unbedeutende Sachen an, dass ein weiteres Eingehen auf denselben uns nicht statthaft erscheint. **Leisrink** (Hamburg).

H. Maas. Ueber das Wachsthum und die Regeneration der Röhrenknochen mit besonderer Berücksichtigung der Callusbildung.

(Arch. für klin. Chirurgie XX. Bd. 2 Tafeln.)

Der Inhalt der reichhaltigen, auf anatomischen Untersuchungen und Thierexperimenten basirten Arbeit kann hier nur zum Theil und kurz angedeutet werden. In dem ersten Abschnitt bespricht Verf. die Entwickelung und das Wachsthum der Röhrenknochen und zwar zunächst die Rolle, welche der Knorpel beim Knochenwachsthum spielt. Dieser, dessen Ernährung ohne directe Betheiligung der Blutgefässe nachgewiesen wird, hat nicht allein eine formbestimmende Aufgabe, sondern soll auch im Stande sein, durch seine Zellen — chondrogene Osteoplasten — Knochensubstanz zu bilden. Im Allgemeinen folgt aber die Bildung des jungen Knochengewebes den Blutgefässen, welche genau geschildert werden in ihrem periostalen und endostalen Verbreitungsbezirk und in ihren wechselseitigen Anastomosenbildungen. In Bezug auf die Resorption des Knochengewebes

findet Verf., dass sie »an den blutabführenden Gefässen, venösen Capillaren und kleinsten Venen vermittelst der Riesenzellen« stattfindet. Der Theorie vom interstitiellen Knochenwachsthum tritt Verf. wiederum entgegen und widerlegt die zur Stütze derselben jüngst von Gudden beschriebenen Experimente durch etwas modificirte Thierversuche. Der Knochen besteht durchweg aus Appositions- und Resorptionsflächen; nur an den Seitenwänden der Markhöhle findet keine Apposition statt, auch nicht, wie es den Anschein haben könnte, bei dem Duhamel'schen Ringversuche. Wenn man aber die äusseren Resorptionsflächen zerstört, so wandeln sie sich in Appositionsflächen um.

In dem zweiten Abschnitte behandelt Verf. die Regeneration der Röhrenknochen und die Callusbildung. Durch zahlreiche Experimente zeigt er, dass nach vollständiger Entfernung des Periostes keine Knochenneubildung eintritt, dass die Versuche von Ollier u. A. über die knochenbildende Thätigkeit des Markgewebes fehlerhaft seien. Durch eine fernere Reihe von Experimenten, in denen Bohrlöcher in die Knochen angelegt und zum Theil offen gelassen, zum Theil mit Platinplättchen verschlossen wurden, führt er den Nachweis, »dass es sich bei den intramedullären Knochenbildungen nach Markzerstörung stets um periostale Knochenneubildungen handelt, welche, hervorgerufen durch die bei der Markzerstörung entstehende Periostreizung, sich durch die zur Markzerstörung gemachte Oeffnung der Knochenwand in die Markhöhle hinein entwickelt haben«. Bei Knochenbrüchen entsteht also kein selbständiger Markcallus, sondern aller Callus wird nur vom Periost geliefert. Verf. bespricht nun sorgfältig die Umwandlung des knorpeligen Callus in den knöchernen; die Knochenbildung geschieht hier nach dem physiologischen neoplastischen Typus, und zwar so, dass die Verknöcherung zuerst am alten Knochen beginnt und erst von hier aus zur Peripherie fortschreitet, streng an die Richtung der neugebildeten Blutgefässe sich haltend. Injectionen mit Zinnober endlich lassen es nicht unwahrscheinlich erscheinen, dass die Wanderzellen des Periostes vielleicht zu Knochen-, Knorpel- und Markzellen werden. —

Auf die zahlreichen in der ganzen Arbeit niedergelegten Excurse in das Gebiet der feineren Anatomie und der chirurgischen Praxis kann hier wegen des begrenzten Umfanges von Referaten leider nicht eingegangen werden. **A. Bidder** (Mannheim).

A. De Giovanni. Contribuzione alla patogenesi dell' endarteriite.

(Annal. univers. d. med. e chir. 1877. Febr.)

Unter Hinweis auf eine eigene frühere Publication glaubt Verf., dass vasomotorische Störungen ausser hydraulischen Aenderungen im betreffenden Stromgebiet auch nutritive Veränderungen in der Gefässwand selbst erzeugen. Für diese Ansicht spreche: 1) Ein Fall von

rechtsseitiger, aus früher Jugend datirender Hemicranie, offenbar sympathischen Ursprungs, wo im Alter von 50 Jahren auf der kranken Seite die senilen Veränderungen des Haarbodens und der Cornea auffallend viel weiter fortgeschritten waren, als auf der linken, gesunden Seite, und wo die rechte Art. temporalis hochgradig atheromatös entartet, die linke aber normal erschien. Dies Verhalten sei nur durch die Hemicranie zu erklären, jedenfalls sei die Hemicranie nicht Folge der Atheromatose. 2) Die Beobachtung von Botkin, dass bei Hirnaffectionen Atheromatose der A. temporalis und carotis sich schneller auf der Seite entwickelt, wo vorher Anzeichen vasomotorischer Lähmung beobachtet wurden. 3) Analogie des Mal perforant du pied. 4) Eigene Experimente an 2 Hunden, bei denen Verf. durch mehrfache subcutane Durchschneidung des Brustsympathicus deutliche Atheromatose der Aorta erzeugte; die Aorta selbst war durch den geringfügigen Eingriff mit dem feinen Messer nicht verletzt worden, der Sympathicus aber fand sich beide Male entsprechend der Durchschneidung atrophirt. **Escher** (Triest).

Estländer. Recherches sur la température des sarcomes.

(Nordiskt medicinskt Arkiv Bd. IX. Hft. 1.)

In 6 Fällen von Sarcomen hat Verf. deren Temperatur gemessen und mit der Temperatur der entsprechenden Stellen der anderen Körperhälfte verglichen. Dieselbe war constant erhöht, und zwar von 0,8—1,5° C. Da in keinem Fall eine Entzündung der Haut vorlag (in einem Fall hatte die Geschwulst die Haut durchbrochen), und auch der Reichthum der Geschwulst an arteriellem Blut nicht als hinreichender Grund zur Erklärung der Temperaturerhöhung genügt, so schreibt E. dieselbe zum guten Theil den Krankheitsprocessen selbst zu. Durch diese Hypothese lässt sich auch das Fieber erklären, das man oft bei Kranken mit rasch wachsenden Sarcomen findet. — **Th. Kölliker** (Würzburg).

Ch. Féré. Note sur quelques points de topographie cérébrale.

(Bulletin de la société anatomique 1875. Déc.)

(Arch. de Physiol. 1876. No. 3. p. 247.)

S. Pozzi. Des localisations cérébrales.

(Arch. génér. 1877. April. p. 442.)

Seitdem die Entdeckung von motorischen Centren in der Hirnrinde (Hitzig) die Möglichkeit einer Localdiagnose der Gehirnläsion bei Schädelverletzungen näher gerückt hatte, war die Aufgabe erwachsen, die topographischen Beziehungen zwischen den einzelnen Furchen und Windungen des Gehirns zu den Schädelnähten festzustellen. Diese Aufgabe erscheint der Hauptsache nach gelöst, insofern die Angaben der verschiedenen Untersucher im Wesentlichen übereinstimmen.

Danach entspricht die Rolando'sche Furche nicht, wie Gratiolet annahm, der Kranznaht, sondern liegt ein gutes Stück hinter derselben, nämlich ihr oberes Ende 45 Mm. nach Féré, 47—48 Mm. nach Pozzi, ihr unteres dagegen 25—30 Mm. (Féré), resp. 28 Mm. (Heftler). Das obere Ende lässt sich meist leicht bestimmen, insofern die Gegend der grossen Fontanelle (das Bregma der Franzosen) meist durch die Kopfschwarte durchzufühlen ist. Für Fälle, wo das nicht möglich, hat Broca ein einfaches Instrument (équerre [Winkelhaken] flexible auriculaire) angegeben. Dasselbe stellt eine Reissschiene aus biegsamen Metall dar. Der Punct, wo die beiden rechten Winkel zusammenstossen, trägt eine kleine Drehkurbel; diese letztere wird in das Ohr eingeführt, während der eine horizontale Schenkel unter der Nasenöffnung fixirt wird. Biegt man alsdann den verticalen Schenkel über den Schädel, so trifft er in der Mittellinie das Bregma. Von hier aus braucht man alsdann nur ca. 45 Mm. nach hinten abzumessen und man findet das obere Ende des Sulcus Rolando.

Das untere Ende der Kranznaht entspricht dem aufsteigenden Ast der Fossa Sylvii, auf welchem die 3. Hirnwindung reitet (Féré). Man findet das untere Ende der Centralfurche, wenn man durch den Punct — wo die Basis des Processus orbitalis des Stirnbeins sich zurückkrümmt und erhebt, um sich in die Crista temporalis des Stirnbeins fortzusetzen, — eine Horizontale legt, darauf 7 Ctm. abträgt und in dem so gewonnenen Puncte ein 3 Ctm. langes Loth errichtet. Der obere Punct dieses Lothes entspricht dem unteren Ende der Centralfurche (Pozzi). (Die gen. Horizontale zieht man parallel einer Linie, welche durch die Augenbrauenbogen und die kleine Fontanelle [das Lambda der Franzosen] geht.) Jetzt kann man z. B. bei einer Verletzung des Schädels, wenn es sich fragt, wo man trepaniren soll, auf die glattrasirte Kopfhaut sowohl die Centralfurche aufzeichnen, als auch die nach vorn resp. hinten davon gelegenen Centralwindungen (nach Hitzig der Sitz der motorischen Centren) bestimmen.

Das Scheitelbein bedeckt also, ausser den beiden Centralwindungen das ganze Scheitelhirn und den Ursprung der 3 Windungen des Stirnhirns aus der vorderen Centralwindung. Fast der ganze Bezirk der Hirnrinde, welcher vom Scheitelbein überdacht ist, wird von der Arteria foss. Sylvii und ihren Zweigen versorgt (Féré).

Die Fissura Sylvii entspricht in ihrem mittleren Theile ungefähr der sutura parieto-temporalis.

Die sogen. Affenspalte (Fissura parieto-occipitalis) entspricht ungefähr dem Lambda. Diese Spalte trennt bekanntlich das Scheitelhirn vom Hinterhauptshirn. (Weitere Einzelheiten wolle man in den Originalen nachlesen.)

Pozzi bespricht ausführlich die chirurgische Verwerthung der genannten Thatsachen. Damit jene gelinge, ist es zunächst nöthig, dass, vorzugsweise durch klinische Ergebnisse, der Sitz der motorischen Rindencentren beim Menschen genau festgestellt werde. So-

dann aber ist hervorzuheben, dass zur Zeit, wo die primäre Trepanation indicirt sein würde, das Bild der Localläsion am Gehirn durch die Symptome von Commotion und Contusion des Gehirns in vielen Fällen zu sehr getrübt sein möchte. Deshalb dürfte eine Verwerthung jener theoretischen Ergebnisse zunächst bei der Spät-Trepanation zu versuchen sein. Jedenfalls sind wir noch weit davon entfernt, mit Lucas Championnière reden zu dürfen: »De la trépanation guidée par les localisations du cerveau«.

(Ueber die genannten topographischen Verhältnisse kann man sich sehr schnell orientiren an dem Schädel einer Leiche, in welchen man ein kreuzförmiges Fenster hineingesägt hat [cf. meine Notiz im Arch. f. Psych. Bd. VIII. No. 1]. Auch ist es sehr instructiv, sich auf einen knöchernen Schädel die Furchen und Windungen des Gehirns mit Farben aufzumalen. Ref.) **Seeligmüller** (Halle).

J. Tweedy. On the mydriatic and other topical effects of the application of gelsemina to the human eye.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 832.)

Ringer und Murrell hatten bei ihren Untersuchungen die sonderbare Beobachtung gemacht, dass Gelseminum innerlich gereicht die Pupille verengere, äusserlich auf die Conjunctiva angewandt, dieselbe erweitere. Die in grösserer Zahl angestellten Versuchsreihen des Verf. (mit einer Solut. von 24 Gran Gelsem. hydrochl. auf 1 Unze Aq. und später 4 Gran auf 1 Unze Aq.) ergaben, dass 15 Min. nach der Instillation eines Tropfens am unteren und inneren Rande der Cornea Gefässinjection auftritt; dieselbe nimmt stetig zu, so dass sie in weiteren 20 Min. als Gefässhof die ganze Cornea umkreist. Zu gleicher Zeit füllen sich die Scleralgefässe stärker; mit dem Beginne der Gefässinjection verengt sich die Pupille, um sich bald zu erweitern, diese Erweiterung nimmt immer mehr zu, während die Gefässinjection sich gleichmässig zurückbildet. In 50—60 Min. ist die mydriatische Wirkung vollendet und hält einige Stunden an. Mit Beginn der Pupillen-Erweiterung wird der Nahepunct verschoben und zwar näher dem Auge gerückt; so dass er bei voller Dilatation 2—3″ beträgt. Eine eigenthümliche Wirkung entfaltet das Mittel am Musc. rect. ext. Hat man vor der Instillation des Mittels durch Prismen die Stärke des M. rect. int. und ext. festgestellt, so findet man regelmässig nach Application von Gelsem., dass der M. rect. int. jetzt ein stärkeres, der M. rect. ext. nur ein schwächeres Prisma überwinden kann. Hiernach wirkt Gelseminum local applicirt auf die Endigung des 6. Nerven, in grossen Dosen auch auf den 3. Hirnnerven. Die von Ringer und Murrell bei Katzen und Kaninchen beobachtete Hervortreibung des Bulbus bei innerer und äusserer Anwendung des Mittels tritt beim Menschen nicht ein.

Für die Praxis hat das Mittel dem Atropin gegenüber für viele

Fälle den Vortheil, dass die mydriatische Wirkung nicht so lange dauert und dürfte sich besonders für Personen mit schwacher Accommodation empfehlen. **Pils** (Stettin).

R. U. Krönlein. Diphtheritis und Tracheotomie. Eine klinische Untersuchung.

(Arch. für klin. Chirurgie 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

Verf. giebt zuerst eine Uebersicht über sämmtliche Diphtheritisfälle, welche in der Zeit vom 1. Januar 1870 bis zum 31. Juli 1876 in der v. Langenbeck'schen Klinik zur Beobachtung kamen. Es sind dies 567 Fälle, von denen 539 als Diphtheritiskranke in die Klinik gebracht wurden, 28, wegen anderer Krankheiten aufgenommen, in der Klinik an Diphtheritis erkrankten. Aus diesen Fällen sucht sich Verf. in erster Linie acht Fragen zu beantworten, von denen wir folgende besonders hervorheben. —

Es ergiebt sich aus der Zusammenstellung zuerst, dass von den 567 Kranken 377 oder 66,4 % starben und 190 oder 33,5 % genasen. Eine folgende Tabelle zeigt sodann, dass die Zahl der Diphtheritisfälle mit jedem Jahre zugenommen hat, dass aber die Mortalität mit geringen Schwankungen stetig kleiner geworden ist. Noch 1869 betrug die Mortalität bei 72 Diphtheritisfällen 86,1 % (vergl. F. Busch, Jahresbericht der chirurg. Klinik, Archiv für klin. Chir. 1871. Bd. XIII. Hft. 1). Die Ursache dieser Erscheinung ist nicht mit Bestimmtheit anzugeben. — Durch die folgenden 4 Fragen sucht K. festzustellen, die Frequenz und die Mortalität der tracheotomirten und der nicht tracheotomirten, ferner der männlichen und der weiblichen Diphtheritiskranken, endlich in den einzelnen Lebensjahren und Lebensmonaten. — Während wir wegen anderer Details auf das Original verweisen müssen, heben wir hervor, dass sich unter den Diphtheritiskranken nur 8 Erwachsene vom 18. bis 41. Lebensjahre befanden. Die grösste Zahl fällt auf das 3. und 4. Lebensjahr, welches je 102 Fälle oder 18,3 % der Gesammtsumme zeigt. Es zeigt sich dann ferner, dass, abgesehen davon, ob tracheotomirt wurde oder nicht, je jugendlicher das Individuum, desto schlechter die Prognose ist. Eine Heilungscurve, welche im Beginn des ersten Lebensmonats von der Nulllinie anstiege, würde stetig steigen und zwischen dem 7. und 8. Lebensjahre ihre Höhe erreichen, um dann bis zum Ende des Kindesalters auf der gleichen Höhe zu bleiben. Von allen Diphtheritisfällen des ersten Jahres starben 89,4 %, von sämmtlichen im 8. Lebensjahre stehenden Kranken derselben Endemie nur 44 %. — Die Tracheotomie, welche ohne Rücksicht auf das Alter oder schon bestehende Complicationen von Seiten der Lungen in allen Fällen von Larynxstenose ausgeführt wurde, kam unter den 567 Fällen 504 Mal (88,8 % aller Fälle) zur Anwendung; 62 Fälle (10,9 %) brauchten nicht tracheotomirt zu werden, in einem Falle

fehlt die nähere Angabe. — Von den 504 Operirten starben 357 (70,8 %). — Von den tracheotomirten Kindern waren 85 im ersten und zweiten Lebensjahre, von diesen wurden 11 geheilt, das jüngste geheilte Kind, von Wegner operirt, war erst 7 Monate alt. Irgend welcher Einfluss auf das Vorkommen und die Mortalität nach dem Geschlechte ergiebt sich aus den Tabellen nicht. Wichtig ist die Frage, wie rasch der Tod nach der Operation erfolgte. Es lässt sich annähernd feststellen, dass der Tod am häufigsten am ersten und zweiten Tage eintrat, vom fünften Tage an wurden dann die Todesfälle auffallend selten. Am Tage der Aufnahme selbst starben 27, bei denen noch ein Versuch der Operation gemacht worden war. — Die Erkrankung von 28 Kranken, welche sich wegen anderer chirurgischer Krankheiten in der Klinik befanden, mit einer Mortalität von 18 (64,2 %) beweist zur Genüge, dass der Aufenthalt vieler Diphtheritiskranker während einer langen Reihe von Jahren einen nachtheiligen Einfluss auf die Salubrität eines Krankenhauses hat. —

In dem zweiten Theile seiner Arbeit sucht K. an 241 Diphtheritisfällen, über welche genaue Krankengeschichten geführt wurden, einige weitere Puncte des Näheren zu erläutern. — Von diesen 241 Fällen war nur in 46 Belag und Ulceration in der Nase und im Rachen nicht nachzuweisen; sie wurden sämmtlich wegen hochgradiger Tracheostenose tracheotomirt, während von den anderen 195 Fällen 31 eine freie Respiration zeigten und nicht operirt wurden. Die Mortalität der Operirten stellte sich auf 71,7 % resp. 73,7 %, während von den nicht Operirten nur 32,2 % starben; ein Zeichen, dass das Uebergreifen der Diphtheritis auf die Respirationsorgane die grössere Gefahr bringt. — Sehr viel ungünstiger gestaltete sich ferner der Verlauf in den Fällen, in welchen nach der Operation die Respiration nicht ganz frei war. Die Mortalität betrug in diesen Fällen 25,2 % mehr, als in den Fällen, welche unmittelbar nach der Operation völlig freie Respiration hatten. Ungünstiger gestaltete sich auch der Verlauf der Fälle, in welchen grosse Croupmembranen ausgehustet wurden. — Was den Zeitpunct der Operation anbetrifft, so ist hervorzuheben, dass 22 Kinder vollkommen asphyktisch in die Klinik gebracht wurden. Die Operation wurde ohne Narkose wie in cadavere gemacht; selbst von diesen genasen 2 Fälle. — Mit Uebergehung einiger anderer Puncte heben wir hervor, dass die Kanüle in 66 Fällen zwischen dem 3. bis 17. Tage entfernt wurde, in 1 Falle wegen Granulationswucherungen erst nach $^1/_2$ Jahre. Von diesen 67 Fällen starben nachträglich noch 16 (23,8 %) (1 an Collaps, 1 an diphth. Nephritis, 2 an Pneumonie, 12 an Erschöpfung, zum Theil durch Deglutitionsstörungen). — Deglutitionsstörungen wurden in 42 Fällen in der Zeit vom 1. bis zum 44. Tage beobachtet. Sie hingen mit der Tracheotomie nicht zusammen, die Mortalität dieser Fälle war 61,3 %, also nicht auffallend hoch. Diphtheritis der Wunde kam unter 210 Fällen 50 Mal vor, mit einer Mortalität von 28

(56 %); ausserdem wurde in der Wundumgebung, auch auf der Brust, Rücken, Hals, oberen Extremitäten ein eigenthümliches, fleckiges Exanthem beobachtet, häufig auch Albuminurie. —

Die Operation wurde mit Ausnahme der erwähnten ganz asphyktischen Fälle stets in voller Chloroformnarkose gemacht, und zwar meist die Tracheotomia superior nach der von Bose (Arch. für klin. Chir. XIV und XV) beschriebenen Methode. Die Nachbehandlung wurde, nachdem eine Reihe von Mitteln versucht waren, seit dem Mai 1874 fast ausschliesslich mit Aqua Chlori gemacht und zwar in der Weise, dass zweistündlich oder stündlich der diphtheritische Rachen mit unverdünntem Aq. Chlori bepinselt und gleichzeitig in die Trachealkanüle Etwas von einer verdünnten Lösung (1 Aq. Chlori, 3 Aq.) eingeträufelt wurde. —

Diphtheritische Abscesse und Vereiterungen der submaxillaren Lymphdrüsen wurden unter 241 Fällen 5 Mal beobachtet, dabei 1 Mal eine eitrig jauchige Mediastinitis. In den Fällen, in welchen der Eiter mikroskopisch untersucht wurde, erwies er sich reich an Micrococcen. **Maas** (Freiburg i/Br.).

F. Benicke. Beitrag zur Behandlung des Gebärmutterkrebses bei Schwangeren.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. I. Heft 2. p. 337.)

Ref. theilt 5 Fälle von Gebärmutterkrebs bei Schwangeren mit, in denen (2 Mal von ihm, 3 Mal von Prof. Schröder) während der Schwangerschaft die carcinomatösen Theile möglichst vollständig entfernt wurden (mittelst Scheere, Ecraseur, scharfem Löffel, zum Theil mit nachfolgender Application des Ferrum candens). Ausgeführt wurde die Operation, um die Prognose besonders für die Kinder während der Geburt zu verbessern. Ebenso wie in diesen, verlief in 3 anderen in der Literatur beschriebenen Fällen (Todd, Godson, Schröder) die Geburt ohne Störung. 5 von den 8 Kindern wurden lebend geboren; 3 Mal erfolgte Unterbrechung der Schwangerschaft, was in 2 Fällen nicht der Operation, sondern anderen Complicationen (Fall 3 hohes Fieber in Folge von peritonealer Reizung, Fall 5 Erkrankung der Decidua) zuzuschreiben ist. Ref. empfiehlt demnach in den Fällen, wo man hoffen darf, alles Krankhafte zu entfernen, zu jeder Zeit der Schwangerschaft zu operiren. Ist dies nicht möglich, so solle man mit der Operation warten, bis das Kind gut lebensfähig ist, wenn nicht bedrohliche Symptome (besonders profuse Blutungen) die sofortige Operation indiciren. Die Operation bis zum Geburtsbeginn zu verschieben (Cohnstein) empfiehlt sich nicht wegen der starken Auflockerung der Gewebe. **Benicke** (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Gemmel. Eine neue Art der Jodmedication bei ganz schwachen rachitischen Kindern.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. Nr. 15.)

Verf. gab der Amme des betreffenden kranken Kindes eine Sol. kal. jodati (4,0) 200,0, dreistündlich mit dem vorzüglichsten Erfolge für den kleinen Patienten.

v. Mosengeil (Bonn).

J. Pauly. Mittheilungen aus der Praxis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 22.)

I. Idiopatischer Retropharyngealabscess eines Säuglings.

Ein Säugling, in hoher Gefahr zu ersticken, liess bei Untersuchung mittelst des Fingers etwa in der Höhe der Epiglottis eine fluctuirende Geschwulst von mehr als Taubeneigrösse auf der rechten Seite des Schlundes erkennen. Um nicht durch plötzliche Eiteraspiration zu schaden, wurde statt der Incision die Punction (Dieulafoy No. 2) gewählt. Sofortige Erleichterung des Kindes trat ein, und als am Nachmittage der Abscess sich wieder etwas gefüllt hatte, wurde derselbe durch ein Tenotom gespalten und der Eiter über die Zunge des rasch vornüber gebeugten Kindes entleert. Heilung. — Bemerkungen über einschlägige Fälle, die in der Litteratur verzeichnet sind, sowie eine kritische Würdigung der ätiologischen Momente, des diagnostischen Verfahrens und der Therapie folgen.

II. Abscessus glosso-epiglotticus.

Bei einem drei Monate alten Säugling zeigten sich anginöse Beschwerden beim Nehmen der Brust. Bei Untersuchung mit dem Finger ergab sich zwischen Zunge und Kehldeckel ein Abscess, der zuerst mit dem Troikart eröffnet und bei Wiederanfüllung gespalten wurde, worauf Heilung erfolgte.

III. Zungenabscess.

Ein 17jähriger Bauer hatte Schlingbeschwerden, bedingt durch einen Abscess in der Zunge, etwa 1 Zoll über dem Lig. glosso-epigl., welcher durch den Kehlkopfspiegel nachzuweisen war. Heilung nach Incision.

v. Mosengeil (Bonn).

Bellamy. Acute abscess of the tongue unilateral; recovery.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 835.)

Nicht nur als seltener Krankheitszustand sondern besonders der Genese wegen erscheint B. folgender Fall mittheilenswerth. Ein 7jähr. Kind bekam eine acute, heftige Schwellung der rechten Zungenhälfte; die Untersuchung ergab eine gezackte wunde Furche in der Mitte der unteren rechten Zungenfläche; in ihr lagerten zersetzte Speisereste; Incision entleerte viel Eiter; Heilung. B. glaubt, dass die zersetzten Stoffe die Abscedirung hervorgerufen hatten und erwähnt, dass in solchem Falle leicht die art. ranina getroffen werden könne. **Pilz** (Stettin).

C. J. Blake. Herpes zoster auricularis.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Vol. I. p. 316.)

In der Suffolk district medical society berichtete B. über einen Fall von Vereiterung des Mittelohrs mit Durchbruch durchs Trommelfell, bei welchem nach einiger Zeit, plötzlich unter heftigen Schmerzen, vor der Ohrmuschel eine Herpes auftrat. Zugleich schwoll die gleichseitige Unterkieferdrüse und erfolgte stärkere Speichelabsonderung. Letztere Erscheinungen werden auf eine Perineuritis der Chorda zurückgeführt. Jeffries, der den Fall gesehen, deutet das Exanthem ebenfalls als einen Herpes. Hunt hält den Fall für keinen exceptionellen, sondern für einen H. zoster collaris, beschrieben von Hebra u. A. Ein nothwendiger Zusammenhang zwischen Chorda, Herpes und Schwellung der gl. maxillaris besteht, nach Hunt, nicht. Der Herpes sei ein einfacher Herpes, wie er bei Eiterungen

des Ohres in seiner Umgebung auftrete. Blake entgegnet, dass gerade bei Mittelohraffectionen Veränderungen des Geschmacks nicht selten (42 mal unter 67 Beobachtungen) auftreten. — **Pilz** (Stettin).

Bing. Ueber das Vorkommen von Blasen mit hämorrhagischem Exsudate im äusseren Gehörgange und am Trommelfelle.

(Wien. med. Wochenschrift 1877. Nr. 8.)

Verf. beschreibt die im äusseren Meatus acusticus sowohl idiopathisch als besonders in Begleitung einer acuten Entzündung des Mittelohres vorkommenden Blasen, im letzteren Falle als Folgen einer fluxionären Hyperämie. Die Dauer des Leidens beträgt 8—10 Tage; die Blasen bersten oder ihr Inhalt wird resorbirt. Therapie exspectativ. **v. Mosengeil** (Bonn).

Bradley. Myxoma from neck of an infant.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 370. Manchest. med. soc.)

B. entfernte bei einem 7monatl. Kinde mit Erfolg ein 4″ langes und $3^1/_2$″ breites, $7^1/_2$ Unzen schweres Myxom. In 3 Wochen war die Wunde geheilt. — Den Grund, warum über Myxome im Kindesalter selten berichtet wird, findet B. darin, dass dieselben oft verkannt werden, und dass sie später in andere Geschwulstformen z. B. Sarcom sich umbilden. Er räth zur frühzeitigen Exstirpation, da gerade im Kindesalter der Shok keine grosse Rolle spielt. Mit Bezug auf das Recidiviren der Geschwülste stellt B. den eigenthümlichen Satz auf, dass hierbei der anatomische Charakter der Neubildung nicht in Frage komme, sondern die hereditäre Anlage, und dass die frühzeitige Exstirpation im Kindesalter am besten dem Recidiviren vorbeuge, und zwar dadurch, dass sie verhindere, dass Keime sich weiter fortpflanzen könnten. **Pilz** (Stettin).

N. Zoja. Cistocele per il foro sotto-pubico causato da cisti ovarica sinistra.

(Annal. univ. d. med. e chir. 1877. Febr.)

Bei der Section einer 79jährigen Frau, bei der in den letzten Lebenstagen ein Abdominaltumor die gefüllte Blase vorgetäuscht hatte, entdeckte Z. an der Innenseite des linken Schenkels eine weiche, nachgiebige kleine Geschwulst, die auf Druck verschwand, alsbald wiederkehrte, wenn dieser nachliess, bei Druck auf den Abdominaltumor prall vortrat. Der Tumor erwies sich als ein linkes extraperitoneales Cystovarium von Sanduhrform, dessen untere Hälfte im kleinen Becken eingekeilt war; Mastdarm und Uterus waren nach rechts verdrängt und verzogen, die Blase, nach links verzogen, erschien zweilappig; der nach links gezogene Theil reichte bis auf das Foramen ovale sin. und schickte durch den 2 Ctm. breiten und 3 Ctm. langen Gefässcanal ein halbnussgrosses, halb von Peritoneum bedecktes Divertikel nach aussen. Verf. erklärt sich das Zustandekommen dieser Hernie durch den Druck der Ovarialcyste. **Escher** (Triest).

L. Berger. Ein Fall von angeborenem vollkommenem Mangel der Scheide.

(Wiener med. Presse 1877. No. 16.)

Eine 22jährige seit 2 Jahren verheirathete Frau wünschte wegen Unfähigkeit zur Ausführung des Coitus, welche durch absoluten Mangel einer Vagina bei rudimentärer Entwicklung des Uterus bedingt war, dringend eine Operation, um nicht von ihrem Manne verstossen zu werden. B. schnitt an der Stelle des Introitus vaginae zwischen den normal gebildeten äusseren Genitalien die Haut ein, drang präparirend in die Tiefe (angeblich 15 Ctm. weit) vor, ohne besondere Blutung und ohne auf den Uterus oder ein Scheidenrudiment zu kommen. Die Wundhöhle wurde offen erhalten, und erfüllte nach der Ueberhäutung ihrer Wandungen ihren Zweck als vicariirende Vagina zur Zufriedenheit der Eheleute. Der Frau mangelt übrigens das Ejaculationsgefühl. **Winiwarter** (Wien).

E. Valletti. Atresia congenita della vagina con deficenza della porzione sopra-perineale della medesima e mancanza totale dell'utero.

(Giorn. d. r. accad. d. med. d. Torino 1877. No. 7.)

Obiger Defect fand sich bei einer 61jährigen sonst normal entwickelten, geistig reichbegabten Frau, die in Folge der Unmöglichkeit des ehelichen Lebens an maniacalischen Anfällen erotischen Characters litt. V. fand die äussern Genitalien wenig entwickelt, das Hymen erhalten, die Vagina äusserst kurz, die fascia perinealis imperforirt, die übrige Vagina nebst Uterus völlig fehlend; das Peritoneum zwischen Blase und Rectum tief hinabsteigend und durch eine von einem operativen Eingriff herrührende Narbe an die Perinealfascie angeheftet. Zu beiden Seiten lag ein von Peritoneum bedeckter Knoten, oval, mandelgross, von einem zwerchsackförmigen Gebilde halb umschlossen; V. hält dies für die Genitaldrüse und den Wolff'schen Körper. — Chirurgisches Interesse hat der Fall, weil im 20. Lebensjahr der Frau von Riberi der Versuch gemacht worden war, durch eine zolltiefe Incision den Weg zum Uterus herzustellen, woher die oben erwähnte Narbe stammte.

Escher (Triest).

Paulet. Deux cas de lithiase urique et coliques nephrétiques, avec déviation de la taille, pris et traités pour un mal de Pott.

(France médicale 1876. No. 42.)

Ein 12jähriges zartes Kind gesunder Eltern wurde von Schmerzen des Leibes, der Magen- und Nierengegend (Gürtelschmerzen?) befallen. Die Wirbelsäule erlitt eine seitliche Deviation. Man dachte zunächt an Würmer, später an eine rachitische Scoliose. P. und Verneuil untersuchten den Urin und fanden eine Menge Harnsäure. Bei einer diesbezüglichen Behandlung erholte sich das Kind schnell. Der zweite Fall betrifft ein 11jähriges Kind, das unter gleichen Symptomen erkrankte und von zwei namhaften Chirurgen orthopädisch behandelt wurde. Auch hier führte eine Behandlung des Nierenleidens schnelle Heilung herbei.

Viertel (Breslau).

P. Güterbock. Zerreissung der Sehne des M. triceps brachii.

(Arch. für klin. Chirurgie 1877. Bd. XXI. Heft. 2.)

Eine 47jährige Waschfrau stürtzte eine Treppe hinunter und wollte sich mit der rechten Hand festhalten, gleichzeitig versuchend, einen Korb, den sie am rechten Arme trug, nicht fallen zu lassen. Bei der Untersuchung zeigte sich, dass die Tricepssehne dicht an ihrem Ansatze am Olekranon abgerissen war. Die abgerissenen Sehnenenden klafften ungefähr in der Breite eines Daumen. Die Heilung erfolgte, nachdem 8 Tage lang ein Gypsverband in fast vollkommener Extension angelegt, dann eine halbe Beugestellung mit Schiene bewirkt war, in 16 Tagen so weit, dass Pat. den Arm gut strecken konnte. Eine spätere Untersuchnng ergab, dass eine ganz vollständige Streckung nicht möglich war.

Maas (Freiburg i/Br.).

Zusatz: S. 499, Zeile 16 v. o., hinter »0,15« noch einzuschalten: »und pro Lebensjahr um dieselbe Dosis steigend, also bei Neugeborenen 0,15, bei einjährigen Kindern 0,3, bei zweijährigen 0,45« u. s. w.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. v. Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 37. Sonnabend, den 15. September. 1877.

Intussusception durch Reposition geheilt

von

Prof. Dr. **Schillbach** in Jena.

Am 31. Juli spät Abends wurde ich in das Schroeter'sche Knabeninstitut gerufen, wo ein Zögling, Motta, 13 Jahr alt, aus Bahia, krank von einer kleinen Reise zurückgekehrt war.

Derselbe war, nachdem einige Tage leichter Durchfall vorausgegangen war, plötzlich am 29. Juli a. c. von den heftigsten Unterleibsschmerzen mit Erbrechen befallen worden, welche 24 Stunden lang trotz aller angewandten Mittel anhielten und erst später soweit sich minderten, dass er am 31. Juli die Rückreise nach Jena ausführen konnte. Die Untersuchung ergab grosse Apathie und Schwäche des Kranken, mässige Spannung des ganzen Unterleibes, stärker jedoch links neben und oberhalb des Nabels. Daselbst fühlte man etwa 2″ oberhalb und links vom Nabel eine wurstförmige Anschwellung von etwa $1\frac{1}{2}$″ Durchmesser und 4—5″ Länge, die mit deutlich bestimmbarer Grenze ober-

halb des Nabels begann, nach links und unten bogenförmig sich hinzog, aber ohne genaue Grenzen sich verlor. Der Ton an dieser Stelle war leer tympanitisch, dagegen der Ton der Umgebung hell tympanitisch; leichter Druck auf diese Stelle erregte lebhafte Schmerzen, während der übrige Leib gegen Druck zwar überall, doch viel weniger empfindlich war; in den Inguinalgegenden war der Ton ebenfalls weniger voll und Druck darauf etwas schmerzhafter; nirgends aber fand sich eine Stelle, wo die Eingeweide auffällig von Luft ausgedehnt waren. Stuhlgang war seit dem Anfalle, also seit 3 Tagen nicht dagewesen, das Erbrechen hatte seit 24 Stunden sistirt, Puls mässig voll, 100, Hauttemperatur nicht fühlbar erhöht, Hände sogar etwas kühl, Durst gering, Appetit ganz unterdrückt.

Da keine besonders drohenden Erscheinungen vorlagen, wurden für die Nacht nur kalte Umschläge auf den Leib und möglichst ruhige Lage verordnet, um am Morgen die Diagnose und die daran sich schliessende Behandlung näher festzustellen.

Am Morgen des 1. Aug. stellte sich wieder Brechneigung ein. Die Configuration und der sonstige Befund des Leibes war genau derselbe geblieben. Die Exploration per anum ergab nichts, am Fingernagel zeigte sich etwas Koth, nach einem sofort applicirten Klystiere entleerte sich jedoch nur eine blutig gefärbte Flüssigkeit ohne kothige Beimengung.

Da alle Möglichkeiten einer Darmverschliessung, worauf sämmtliche Erscheinungen zurückzuführen waren, wie äussere Hernie, innere Einklemmung, Axendrehung des Darmes, comprimirende Geschwülste, Perforation des Wurmfortsatzes, ausgedehnte Peritonitis, ausgeschlossen werden mussten, so blieb nur die Annahme einer Intussusception übrig, wofür auch noch der Abgang des blutig gefärbten Wassers in Folge der Quetschung, welche die Darmschleimhaut durch die Einstülpung erleiden musste, sprach. Da der Fall noch frisch war und eine deutlich ausgeprägte Peritonitis nicht vorhanden und somit eine bereits erfolgte Verlöthung der in einander geschobenen Darmpartien nicht wahrscheinlich war, so lag der Versuch einer Reposition der Intussusception sehr nahe.

Es wurde zu diesem Zwecke ein dickes elastisches Rohr, mit seitlichen Oeffnungen an der Spitze, mit einer Clysopompe in Verbindung gebracht, durch den Anus eingeführt und vorsichtig vorgeschoben. In der Gegend, wo jene wurstförmige Anschwellung lag, fand man einen Widerstand; derselbe wurde aber durch das jetzt ausgeführte Einpumpen von lauem Wasser alsbald überwunden und es liess sich nun das Rohr bei fortgesetztem Einpumpen von Wasser ohne besonderen Schmerz und ohne jedes Hinderniss bis ans Ende in einer Länge von 60 Ctm. einführen. Die jetzt ausgeführte Untersuchung des Unterleibs ergab, dass jene wurstförmige Anschwellung links vom Nabel gänzlich verschwunden war, dass diese Stelle sich ebenso weich anfühlte und bei Druck nicht empfindlicher war, wie der übrige Leib.

Im Laufe des Tages schlief er ziemlich viel und äusserte weder Schmerzen noch sonstige Unbehaglichkeiten, am Abend wurden unter gleichzeitigem Abgang von Blähungen etwa $1^1/_2$ Liter blutiger und übelriechender Flüssigkeit entleert.

Am 3. Aug. früh morgens erfolgte unter schmerzhaftem Drängen der Abgang von 5—6 geballten, etwa wallnussgrossen Kothmassen gleichzeitig mit einer mässigen Menge — $^1/_2$ Liter — blutig geröthetér Flüssigkeit. Der Leib war gegen Berührung noch etwas schmerzhaft, im übrigen ohne jegliche Abnormität. Vom nächsten Tage ab, wo die erste breiige, regelrechte Ausleerung schmerzlos erfolgte, bot die Reconvalescenz nichts Besonderes ausser einer ausserordentlichen Herabsetzung der Pulsfrequenz auf 56 Schläge in der Minute, die bis zum 12. Aug., so lange Patient das Bett hütete, anhielt. —

---

v. Scheven. Die antiseptische Wundbehandlung auf den Verbandplätzen im Kriege, auf Grundlage der Erörterungen des Chirurgencongresses des Jahres 1876 und 1877, und im Rahmen der Instruction für das Sanitätswesen der Armee im Felde vom J. 1869.

(Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1877. Hft. 6. p. 265—283.)

Port. Die Antiseptik im Kriege.

(Ibidem, p. 283—291.)

I. In der Ueberzeugung, dass die antiseptische Wundbehandlung im Felde nur dann von Erfolg sein könne, wenn sie so früh als möglich dem Verwundeten zu Theil werde, sind alle Chirurgen einig. Auch dagegen, dass ihre Anwendung auf den Verbandplätzen bei den bestehenden Verhältnissen für gewöhnlich nicht möglich ist, dürfte von Kennern der Behandlung und der Eigenthümlichkeiten des Krieges ein Widerspruch kaum zu erwarten sein. v. Scheven sucht nun im Einzelnen die Gründe auf, warum dies für gewöhnlich nicht möglich ist, und discutirt im Anschluss daran die Frage, ob und wie diesen Schwierigkeiten abzuhelfen sei.

Am wenigsten ist die Lister'sche Behandlung ausführbar auf den sogenannten »Nothverbandplätzen« der Truppenärzte. Die Gründe hierfür liegen auf der Hand. Bei den regulären Verbandplätzen der Sanitäts-Detachements gestaltet sich die Chance verschieden, jenachdem dieselben auf freiem Felde oder in Gebäuden etablirt werden. Im ersteren Falle gewähren ungünstige Witterung, Staub, starker Confluxus von Hülfsbedürftigen, Mangel an Zeit und Wasser, um die Hände, Schwämme etc. gründlich zu reinigen, Mangel an Assistenz u. s. w. keinen sicheren Schutz gegen eine Verunreinigung der Wunde, und selbst das antiseptische Verbandmaterial würde aus mehrfachen Gründen in hinreichender Menge weder fertig mitzuführen, noch im Augenblicke des Bedarfs herzustellen sein. Im zweiten Falle ist zwar die Ausführung des Lister-

schen Verfahrens möglich; doch gelingt es bekanntlich nicht immer, in der Nähe der kämpfenden Truppen passende Gebäude zur Etablirung von Verbandstätten zu finden. Immer aber haftet den Verbandplätzen bei unserer gegenwärtigen Organisation der sehr empfindliche Mangel an, dass die Verwundeten nach Anlegung des ersten (antiseptischen) Verbandes nicht an dem Orte, wo sie operirt und verbunden wurden, verbleiben können, sondern, um nun »behandelt« zu werden, erst in das nächste Feldlazareth transportirt werden müssen. Wie wenig ein Landtransport zu Kriegszeiten, womöglich auf Bauerwagen, die Chancen eines aseptischen Erfolges erhöht, wie wenig er dem Schwerverwundeten die nach der Verletzung so nothwendige Ruhe und Schonung sichert, ebenso wenig gewährt er auch die begehrenswerthe Möglichkeit, dass »die Verwundeten vom ersten Momente ab von demselben Arzte verbunden und behandelt werden, bis sie ausser Lebensgefahr sind«. (Prof. Busch.)

Welche Postulate sich hieraus ergeben, um die Lister'sche Wundbehandlung im Felde mit einiger Aussicht auf Erfolg möglich zu machen, ist leicht ersichtlich.

Zunächst wird dieselbe in der Regel nur dann angewendet werden können, wenn der Verbandplatz in Gebäuden etablirt ist. Diese Etablirung muss möglichst frühzeitig, schon im Beginn des Gefechts und in möglichster Nähe der Gefechtslinie geschehen, damit nicht zu lange Zeit (im Durchschnitt nicht über 8 Stunden) bis zur Anlegung des Verbandes verstreicht. Ferner sind die Gebäude mit der Rücksichtnahme auszuwählen, dass in ihnen zugleich Feldlazarethe sich etabliren können, um von den Schwerverwundeten wenigstens solche, denen in erster Linie ein aseptischer Verlauf der Wunden zu verschaffen ist (Schussfracturen, Operirte u. s. w.), sogleich aufzunehmen. Für ausreichende Mittel zur Herstellung der erforderlichen Verbandstoffe, z. B. der Carbol- oder Salicyl-Jute, der Carbol-Gaze (nach Bardeleben) u. s. w., sowie für das Vorhandensein eines ständigen kleinen Vorraths von fertigem Verbandmaterial (für vereinzelten Bedarf) ist selbstverständlich seitens der Verwaltung Sorge zu tragen. Die vermehrte Arbeitsleistung, die gesteigerte Sorgfalt in der Arbeit des Einzelnen erfordert endlich auch eine entsprechende Vermehrung des ärztlichen Personals im Sanitäts-Detachement. Dieselbe könnte, ohne eine Erhöhung des gegenwärtigen Etats, erreicht werden: entweder durch eine umfangreichere, weit geordnetere Heranziehung der Truppenärzte an den Gefechtstagen (z. B. durch berittene Ordonnanzen), oder durch ein viel engeres Ineinandergreifen der Thätigkeit der Sanitäts-Detachements und der Feldlazarethe, als dies bisher gewöhnlich der Fall war. Eventuell empfiehlt sich auch, nach Verf., das »Sanitäts-Detachement« in 2 Sectionen zu theilen, a) die Krankenträger-Compagnie, b) das Feldlazareth, — deren combinirte Thätigkeit alsdann in der angedeuteten Weise den obigen Anforderungen entsprechen würde. —

Im Ganzen ergiebt sich also aus der sorgfältigen, gewiss wohldurchdachten und überall an das Urtheil competenter Chirurgen von Fach sich anlehnenden Arbeit der Schluss: dass die Lister'sche antiseptische Wundbehandlung bei der bestehenden Organisation unseres Feldsanitätswesens auf dem Verbandplatze mit irgend welcher Aussicht auf Erfolg nicht durchführbar ist, dass dies dagegen in der Mehrzahl der Fälle sehr wohl erreichbar sein wird, wenn die Organisation gewisse, den Anforderungen der Methode entsprechende Aenderungen erleidet. —

II. Port empfiehlt ein von Schleiffer angegebenes Verfahren (Bayr. ärztl. Intelligenzbl. 1876, No. 22) auch für antiseptische Zwecke. Wunden sollen mit einer trocknen Mischung von Gummipulver (Amylum, Bolus, Kreide) und Bor-, Salicyl- oder Benzoësäure mittelst Streubüchse mehrere Millimeter hoch bestreut werden. Die Schicht schmiegt sich der Wunde vollständig an, kann sich nicht verschieben und bildet in Verbindung mit dem Wundsecret eine schleimige, schützende und antiseptische Decke. — Dasselbe »Streubüchsenverfahren« hat P. auch für Conservirungsversuche mit Fleisch in Anwendung gezogen. Frisches Fleisch, in Gypstheerpulver gelegt und in einer Schachtel aufgehoben, war nach 14 Tagen »nicht nur vollständig fäulnissfrei, sondern gleichzeitig geräuchert«. Selbst beim freien Aufhängen in der Luft änderte sich dasselbe nicht weiter. Statt Gyps kann man Sägespäne, Sand, gestampften Lehm u. dergl. nehmen. — Die allgemeinen Betrachtungen des Verf. über den rothen (antiseptischen) Faden in der Geschichte der Wundbehandlung »von den ältesten Zeiten an« (p. 288), über die identische (antiseptische) Wirkung der Eis- und Cataplasmenbehandlung (p. 289), sowie die Versuche über die Wirksamkeit verschiedener antiseptischer Mittel, welche Verf. »am Urin« anstellte (p. 287 und 288), siehe im Original.

A. Hiller (Berlin).

A. C. Crosby. A lost art in surgery.

(Archives of clin. surg. Vol. II. p. 41.)

Unter vorstehendem Titel erörtert Verf. in etwas breiter Auseinandersetzung, dass das Geheimniss des chirurgischen Erfolges lediglich in der grössten Sauberkeit und Reinlichkeit liege, welche sich aber nicht nur auf die Krankenzimmer, Bettstätten und die Wäsche beziehen dürfe, sondern die peinlichste Reinlichkeit der Wärterinnen, der Hände der Aerzte, der Verbandstücke und Instrumente mit einschliessen müsse. Er selbst hatte Gelegenheit, den Werth der peinlichsten Reinlichkeit in dem ersten im amerikanischen Kriege — ganz neu — errichteten Barackenlazareth zu erproben. Er verlor von sämmtlichen bei Ball's Blaff Verwundeten nur 10 % (einschliesslich der bald Gestorbenen). Die Behandlungsweise bestand in Applicirung von Wassercompressen. Nähte wurden nie angelegt. — Welchen Werth die Beobachtung der grössten Reinlichkeit hat, illustrirt C. an den

Erfolgen der 3. chirurgischen Abtheilung des Bellevue-Hospitals. Die benutzten Räume waren mit Wöchnerinnen belegt gewesen, von denen im ersten Halbjahre 31 von 66 starben. Nach ihrer Entfernung liess man die Räume gründlichst desinficiren. — Bei der Behandlung der nunmehr hineingelegten chirurgisch Kranken beobachtete Wood die sorgfältigste Reinlichkeit. Die Wunden wurden mehrmals am Tage mit Carbolwasser irrigirt, und lediglich mit Perubalsam bestrichen und auf Werg gelagert. Innerhalb 18 Monaten erfolgte kein Fall von Pyämie und nur 2 Erysipele nach Entfernung von carcinomatösen Brüsten. Von Operirten wurden in dieser Zeit behandelt: Hohe Oberschenkelamputation 2, Amputation im Knie 1, am Unterschenkel 8, am Oberarm 1, der Finger 3; Radicaloperation von Hernien 7, incarcerirte Hernien 4, Amputat. Mammae 8 (1 †), Trepanation 7 (5 † Mening.), Urethrotomie ext. 3 (2 †), Exstirp. max. inf. 1 (1 †), Exstirp. maxill. sup. 1, Exstirp. fibulae 1, Lithotomie 1 (1 †). Resection des Knie 1, des Ellenbogengelenks 1.

Pilz (Stettin).

C. Binz. Die Ausscheidung des Weingeistes durch Nieren und Lungen. (Nach Versuchen von Heubach und A. Schmidt.)

(Arch. für exper. Pathol. und Pharm. 1877. Bd. VI. p. 287.)

Da es sich gezeigt hat, dass die beiden prägnanten Reactionen für den Nachweis von Alkohol in den Secreten (Reduction der rothen Chromsäure zu grünem Chromoxyd und Bildung der charakteristischen Jodoformkrystalle aus Jod) nur dann gelten, wenn keine anderen organischen Körper (Eiweiss, Speichel u. s. w.) zugegen sind, so wurde in den unter B.'s Leitung angestellten Versuchen zum Nachweis und zur quantitativen Bestimmung des Alkohol das Geissler'sche Vaporimeter angewendet, dessen Princip auf der Expansionsdifferenz beruht, welche gleiche Volumina Wasser oder Weingeist bei Siedhitze zeigen. Heubach hat nun gefunden, dass (bei Fiebernden) von dem aufgenommenen Weingeist in der Regel nur sehr geringe Mengen (höchstens 3 bis 5 %) durch den Harn ausgeschieden werden.

Die Exhalation des Alkohol durch die Lungen hat man bekanntlich daraus erschlossen, dass man ihn in der Exspirationsluft zu riechen vermeinte. Dass es aber nicht der Alkohol selbst ist, sondern, wie schon wiederholt behauptet, dass vielmehr die beigemengten, schwerer verbrennlichen Aether und das Fuselöl es sind, welche den charakteristischen Geruch bedingen, zeigt auch der Versuch von A. Schmidt am Kaninchen, wo nach Einführung reinen, absoluten Alkohols ein Weingeistgeruch in der Exspirationsluft nicht wahrzunehmen war, wohl aber, sobald unreiner Alkohol mit etwa 10 % Fuselöl eingespritzt wurde. Aus dem Versuche am Menschen ging hervor, dass von 50 Kbcm. aufgenommenem, absolutem Alkohol (entsprechend ca. 1/2 Liter Rheinwein oder 1 Liter starken Bieres) inner-

halb 5 Stunden nach der Aufnahme kein erkennbarer Bruchtheil durch die Lungen ausgeschieden wurde. Dass erst später die Exhalation beginnen sollte, ist kaum anzunehmen. Wenn nun schon von den dünnwandigen Lungengefässen der Alkohol nicht abdunstet, so kann noch weniger an eine Elimination seitens der Haut gedacht werden. Es soll demnach, nach B., wohl der überwiegend grösste Theil (etwa 95 %) der Oxydation zu CO_2 und H_2O anheimfallen.

J. Munk (Berlin).

Neftel. Beiträge zur electrolytischen Behandlung bösartiger Geschwülste.

(Virch. Arch. Bd. LXX. p. 171.)

Anknüpfend an seine ausführliche Arbeit über die electrolytische Behandlung bösartiger Geschwülste in Virch. Arch. Bd. LVII theilt Verf. zwei Methoden electrolytischer Behandlung mit, deren er sich jetzt ausschliesslich bedient und deren Zweck es ist, eine Geschwulst möglichst rasch zum Verschwinden zu bringen. Die Zeit der Behandlung wird hierbei abgekürzt und die Gefahr der Generalisation der Geschwülste verringert. Während der Narkose wird in die Geschwulst eine Anodenadel (Platin) gesteckt und mit einer breiten Kathodenplatte in einiger Entfernung von der Geschwulst bei schwacher Stromesintensität geschlossen. Der Strom wird dann ziemlich rasch zu einer bedeutenden Intensität verstärkt (30 Siemen'sche Elemente), einige Minuten lang fliessen gelassen, dann ausgeschlichen, die Stromesrichtung mit dem Commutator gewendet und wieder mit der Stromesintensität so lange gestiegen, bis sie die frühere Elementenzahl erreicht und zuletzt noch bedeutend übertrifft (35—50 E.). Die Stromesdauer hängt von der Grösse der Geschwulst und der angewendeten Stromesstärke ab (10—30 Minuten und länger). Partielle Eiterungen und Nekrosen in der Geschwulst, die bei dieser Methode entstehen, tragen zur Verkleinerung der Geschwulst bei. Doch kommt dieselbe und ebenso das schliessliche Verschwinden auch ohne jede Eiterung zu Stande. Die geschilderte Operation wird nach Verlauf einiger Tage noch ein Mal oder einige Male wiederholt, bis die Geschwulst verschwindet. Die Nachbehandlung geschieht mit schwachen Strömen. Statt einer können mehrere Nadeln eingestochen werden. Diese Methode eignet sich nur für Geschwülste von geringem Umfang. Handelt es sich um bösartigere Geschwülste, bei denen zu befürchten steht, dass bei dem Abwarten zwischen den einzelnen Operationen die Geschwulstreste die benachbarten gesunden Gewebe inficiren, so muss eine Methode gewählt werden, mittelst deren man in einer Sitzung nicht nur die ganze Geschwulst, sondern auch das umgebende Bindegewebe vollständig nekrotisch zerstört. In der Narkose wird eine Anodenadel senkrecht in das Centrum der Geschwulst bis zu ihrer Basis inserirt und 3, 4 oder 5 Kathodennadeln werden in das die Geschwulst umgebende Bindegewebe

eingesenkt. Der Strom wird rasch bis zur intensiven Stromstärke gesteigert (45—60 Elemente). Nach 5—6 Minuten werden die Kathodennadeln extrahirt, in neue Puncte der Umgebung, später des Tumors eingestochen, bis derselbe von der ganzen Peripherie aus unterminirt ist und selbst ein livides, missfarbiges Aussehen annimmt. Dauer der Operation $^1/_2$—$1^1/_2$ Stunden. Reaction meist gering. Mässige Schmerzen. Die ganze nekrotische Geschwulstmasse löst sich aus. Die gesunde, granulirende Oberfläche wird mit schwachen Strömen nachbehandelt. Diese Nachbehandlung muss auch nach der Vernarbung fortgesetzt werden. **Madelung** (Bonn).

Jacobi. Zur Casuistik der Nabelfisteln.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. Nr. 15.)

I. Fistula vesico-umbilicalis congenita.

Ein kräftiger Knabe war mit abnorm dickem Nabelstrange geboren worden. Dieser wurde in weiterer Entfernung vom Nabel abgebunden. Der letztere hatte den Umfang eines Silberguldens, nachdem am fünften Tage der Nabelstrang abgefallen war. Nach der Vernarbung blieb eine haarfeine Fistel, aus welcher bisweilen Urin floss. Durch Application des Glüheisens und Ueberziehen eines Heftpflasterstreifens über die Fistelöffnung wurde Verheilung bewirkt.

II. Fistula vesico-umbilicalis acquisita.

Ein 18jähriger Mensch hatte sich durch Vernachlässigung eines Trippers Stricturen zugezogen, welche wiederum einen Dammabscess zur Folge hatten, aus welchem sich eine Harnfistel entwickelte. Bei deren Schluss trat Ischurie ein. Plötzlich entleerte sich der Urin, nachdem reichlich Eiter zuerst ausgeströmt war, aus dem spontan eröffneten Nabel. Die Urinentleerung der stets prall gefüllten Blase erfolgte auch ferner aus der Nabelfistel, bis der phthisische Kranke starb.

III. Fistula intestino-umbilicalis congenita.

Der Fall betraf einen Knaben, der gleichfalls mit besonders dickem Nabelstrang geboren worden war. Ein mehr als thalergrosser Nabel restirte, aus dem eine anfangs nässende, später kothführende Fistel resultirte. Heilung erfolgte, als eine Hebamme einen Occlusivverband angelegt hatte, in 3—4 Wochen. Die Erklärung dieses letzteren Falles dürfte schwieriger sein: Entweder könnte nach Art der Littre'schen Darmwand-Brucheinklemmung eine Darmwand beim Abnabeln mit eingebunden gewesen sein; doch wäre dann der Mangel intensiver Incarcerationserscheinungen auffällig. Oder man müsste ein Fortbestehen des embryonalen Ductus vitello-umbilicalis annehmen. **v. Mosengeil** (Bonn).

Schücking. Wie ist eine streng antiseptische Behandlung der Wunden des weiblichen Genitalcanals einzurichten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 26.)

Verf. hat in 8 betreffenden Fällen permanente, antiseptische Irrigation angewandt. In 5 Fällen wurde nach schweren Entbindungen

hierdurch das Fieber ferngehalten und in 3 Fällen von frischer, puerperaler Erkrankung sofortiger, beträchtlicher Fieberabfall erzielt. — Verf. ist der Ueberzeugung, dass die Wunden der Vagina und des Uterus ebenso sicher, wie irgend eine andere chirurgische Wunde durch seine Behandlungsweise vor dem Hinzutreten septischer Processe geschützt werden können. Die Hände von Aerzten und Hebammen, ebenso die Instrumente seien desinficirt (Selbstinfection durch eine putride Frucht ausgeschlossen), die Vagina werde direct nach der Geburt durch 5 % Carbollösung gereinigt, alsdann direct permanente, antiseptische Irrigation eingeführt. Ein Gummiunterschieber oder durchbohrter Rahmen und ein Irrigator mit Uteruskatheter sind hierzu nöthig. Um den Abfluss des Desinficiens im späteren Verlauf des Wochenbettes bei grösserer Enge des inneren Muttermundes zu sichern, hat Sch. seitlich am Metallkatheter ein kürzeres, metallenes Rohr mit vielen Seitenaugen anbringen lassen. Den Katheter überzieht Verf., soweit er im Uterus liegt, mit einer zweifachen, in der Scheide mit einer mehrfachen, hier gebauschten Gazelage, damit das Desinficiens alle Partien trifft. Im Schlauche des Irrigators ist ein stellbarer Hahn oder eine Glasröhre eingefügt, die mit einer Spitze, die in eine concentrische Glasröhre führt, tropfenweises Fliessen gestattet. Der Katheter wird bis zum Fundus uteri eingeführt, die Gazeumhüllung alle 12—24 Stunden erneuert. — Als Desinficiens scheinen Phenol und Salicylsäure nicht recht geeignet, und hat Verf. eine 10 % Lösung von schwefligsaurem Natron, welcher 5 % Glycerin zugesetzt sind, mit Vortheil angewandt. Vor der Irrigation mit dieser Flüssigkeit wird 5 % Carbollösung vorübergehend, bei schon bestehender puerperaler Infection 5 procentige oder 3 procentige Lösung längere Zeit angewandt. Da die Genitalwunden nach Geburten so schnell heilen und sich mit vor Infection sichernden Granulationen bedecken, genügte eine Dauer der permanenten Irrigation von 3 bis 4 Tagen bei frischen, von 6 bis 8 Tagen bei Infectionsfällen. Für gynäkologische Fälle empfiehlt sich das Verfahren gleichfalls, und berichtet Verf. über einschlägige Fälle, die durch permanente Irrigation erfolgreich behandelt wurden.

v. Mosengeil (Bonn).

Breisky. Ueber die Beziehungen des Narbenectropium am Muttermunde zum Carcinoma uteri.

(Vorgetragen im Verein deutscher Aerzte in Prag.)

(Prager med. Wochenschrift 1877. No. 28.)

B. führt zwei Fälle von Carcinoma uteri an, die seine schon früher ausgesprochene Ansicht bestätigen, dass die umgerollte Cervicalschleimhaut als der Sitz anhaltender Reizung der Ausgangspunct von Carcinombildung werden könne, die dann ungewöhnliche Formen und Verbreitungsweisen zeigt. Die beiden neuerdings besprochenen Fälle charakterisiren sich dadurch, dass bei tiefer Querspaltung des Mut-

termundes dessen Enden bis in die Schleimhaut des Vaginalgewölbes reichten, nur die eine Muttermundslippe in Form eines breitbasig aufsitzenden, umgekrempten Pilzhutes ergriffen war, dessen Rand das betreffende Scheidengewölbe emporhob, während die andere Muttermundslippe frei blieb. In beiden Fällen machte B. die Excision mit dem Messer; der Heilungsverlauf war beidemal normal, und wurde die eine Kranke definitiv, die andre so weit als möglich geheilt entlassen. B. empfiehlt dringend, bei jedem Narbenectropium am Muttermunde als Prophylacticum die Emmet'sche Operation desselben (Anfrischung der beiden Rissränder und Vereinigung durch die Naht) auszuführen. **Urlichs (Würzburg).**

Funk. Ueber Enucleation eines Fibromyoms aus dem Uterus einer Wöchnerin.

(Sitzung der k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien am 13. April 1877.)
(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 16.)

Verf. erklärt die Seltenheit der Combination von Schwangerschaft mit Fibromyom dadurch, dass bei Gegenwart solcher Geschwülste die Uterinschleimhaut nicht normal sei, wodurch Ansatz und später die Bebrütung des Eies erschwert werde. Tritt doch Conception ein, so wird das Neugebilde succulenter, blutreicher, grösser und dabei durch den Druck des Fötus abgeplatteter; nach der Geburt geht es eine regressive (fettige) Metamorphose ein. Auf die Schwangerschaft ist der Einfluss der Fibromyome ein oft deletärer. Oft ist bei der Geburt Kunsthülfe nöthig, weil langsame Eröffnung des Muttermundes, fehlerhafte Lage oder Raumbeschränkung vorhanden sind. Die Placenta lässt sich oft schwer entfernen und es folgen häufig Nachblutungen. Letzteres Vorkommniss gab dem Verf. in einem Falle Veranlassung, während des Wochenbettes aus dem Uterus ein fettig degenerirtes Fibromyom mit den Fingernägeln auszuschälen.

v. Mosengeil (Bonn).

J. Wolff. Ueber einen Fall von Ellenbogengelenks-Resection nebst Bemerkungen über die Frage von den Endresultaten der Gelenks-Resectionen*).

(Archiv für klin. Chirurgie 1877. Bd. XX. Hft. 4.)

W. stellte ein 6jähriges Mädchen vor, welchem er vor $2^1/_4$ Jahren wegen Caries das linke Ellenbogengelenk resecirt hatte. Ohne dass durch Nachbehandlung auch nur das Geringste dazu beigetragen worden war, hatten sich die Gelenkenden sehr vollkommen regenerirt, und das Kind konnte alle Bewegungen mit normaler Kraft activ ausführen. Die Bewegungsexcursionen sind zum Theil ausgiebiger als die der normalen rechten Seite. — Verf. theilt sodann eine Reihe

---

*) Zum Theil vorgetragen in der vierten Sitzung des V. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, am 22. April 1876.

von Untersuchungen resecirter Gelenke von Textor, Syme, Luecke, Doutrelepont und anderen Autoren mit, welche die Regeneration eines wirklichen Gelenkes mit allen Attributen nach Resectionen beweisen. —

Verf. knüpft ferner eine Reihe von Bemerkungen an den vorgestellten Fall. Er hebt hervor, dass günstige Resectionsresultate bei den verschiedenen Operationsmethoden, auch bei nicht subperiostalem Verfahren und ohne besondere Nachbehandlung erreicht worden sind, während auf der anderen Seite nach den anscheinend besten Methoden operirte und nachbehandelte Fälle sehr schlechte Resultate (passive Schlottergelenke) geben. W. glaubt den Grund dieser letzten Erscheinung in den sogenannten trophischen Störungen der Hautgebilde sowohl bei Schussfracturen als auch bei Caries der Gelenke gefunden zu haben. Die bekannten Erscheinungen der trophischen Störung werden vom Verf. des Näheren beschrieben. —

W. kommt zu dem, wenigstens in seinem ersten Theile nicht zweifellosen Schlusse, dass Caries oder Schussverletzung der Gelenke, die ohne trophische Störung einhergehen, in der Regel auch ohne allzu grosse Mühewaltung unsererseits ein gutes Endresultat versprechen, während die von trophischen Hautaffectionen begleiteten Fälle in der Regel trotz aller Bemühungen ungünstige functionelle Endresultate geben werden. **Maas** (Freiburg i/B.).

Guyon. Recherches sur la ligature de l'arcade palmaire superficielle.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. Nr. 6.)

Verf. empfiehlt für Verletzungen des oberflächlichen Hohlhandbogens die Unterbindung in der Wunde selbst. Er bespricht die anatomischen Verhältnisse und die Varietäten des Bogens, und die von Richet und Böckel zu dessen Auffindung angegebenen Hülfslinien.

Da die von Böckel angegebene Linie den Fingern zu nahe kommt, so construirt sich G. eine Linie, die man erhält, indem man den Daumen in möglichst starke Abduction bringt und in der Verlängerung seines Cubitalrandes eine Linie quer durch die Hohlhand zieht (Böckels »ligne de recherche«). Wenn man in dieser Richtung einschneidet, findet man nach Durchtrennung der Aponeurosis palmaris die Arterie, durch eine Fettlage von den Sehnen und Nerven getrennt. Unter 52 auf Böckel's und Guyon's Hülfslinie untersuchten Händen fand sich nur 44 Mal ein oberflächlicher Hohlhandbogen und zwar entsprach er 14 Mal der Böckel'schen Linie, 20 Mal der von G., während in 10 Fällen der Bogen in der Mitte zwischen beiden Linien lag.

Der Arbeit ist die Beschreibung von 4 Fällen beigegeben, in welchen die Unterbindung des oberflächlichen Hohlhandbogens nach des Verf. Methode vorgenommen wurde; alle heilten ohne Nachblutung.

Dreimal wurde die Ligatur gleich nach der Verletzung vorgenommen, einmal um Nachblutung zu stillen. Dreimal boten Schnittwunden, einmal Schussverletzung die Veranlassung. Phlegmonen wurden dabei nicht beobachtet, hingegen in einem Falle Entzündung des Handgelenkes. **Th. Kölliker** (Würzburg).

J. S. Weight. Shortening of the lower limb after fracture of the femur.

(Archives of clin. surg. Vol. 1. p. 283.)

Verf. beobachtete bei Personen, die annähernd dieselben Bruchlinien hatten, mit derselben Aufmerksamkeit in derselben Weise behandelt wurden, Differenzen in der Verkürzung des gebrochenen Beines. Diese ihm auffallende Thatsache führte ihn dazu, zahlreiche Messungen — jede Messung wiederholt — mit der grössten Sorgfalt an Gesunden auszuführen, und er kam zu dem überraschenden Resultate, dass die Mehrzahl der Menschen verschieden lange Beine habe. Nach seiner Schätzung hat von 5 Personen nur eine gleich lange Beine; die Abweichung beträgt $^1/_8$″—1″; meist ist das rechte Bein das kürzere. — Aehnlich fand Verf., dass das rechte Schlüsselbein besonders bei Arbeitern kürzer ist, als das linke. Darnach ist das Urtheil über Verkürzung der unteren Extremität nach Fractur, wenn nicht Maasse vor und nach der Fractur vorliegen, ein unsicheres und besonders in gerichtlicher Hinsicht stets mit Reserve zu fällen, ebenso über den Werth verschiedener Behandlungsmethoden bei blosser Rücksicht auf eingetretene Verkürzung. Dieses Verhalten ist gleichfalls zu berücksichtigen bei der Behandlung von Schenkel- resp. Unterschenkelfracturen, da wenn eine Verkürzung schon vorher bestanden hat, jetzt nicht durch überstarke Belastung des Zuggewichtes eine gleiche Länge erzielt werden darf. Die Messungen an Cadavern und Skeleten bestätigten diese Resultate, welche mit früheren von W. C. Cox übereinstimmen. **Pilz** (Stettin).

H. R. Ranke. Irreponible Luxation der Hüfte. Vergebliche Incision des Gelenkes behufs Beseitigung des Repositionshindernisses. Resection. Heilung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 25.)

Anknüpfend an die vor Kurzem aufgeworfene Frage, ob es unter Anwendung des antiseptischen Verfahrens erlaubt sei, bei irreponiblen Luxationen das Gelenk zu eröffnen, um das Repositionshinderniss kennen zu lernen und zu beseitigen, theilt Verf. folgenden Fall mit: Eine Luxatio perinealis coxae liess sich nur in eine Lux. iliaca überführen und wurde, da alle Versuche der Reposition vergeblich waren, von Volkmann die Incision des Gelenkes in der von v. Langenbeck angegebenen Weise vorgenommen. Der einfache Längsschnitt legte den nach hinten auf das Darmbein verrückten Ge-

lenkkopf nicht hinlänglich frei, weshalb noch ein kleiner Querschnitt daran gefügt werden musste. Man konnte danach Kopf und Hals genügend übersehen, aber weder das Hinderniss entdecken, noch den Kopf reponiren. Erst nach völligem Ausschälen des Kopfes, des Halses und der Trochanteren aus den Muskeln, so dass der Kopf bei einer Adductionsbewegung des Oberschenkels aus der Wunde frei heraustritt, zeigt sich, dass eine mindestens 1 Ctm. starke Muskellage quer über die Pfanne gespannt ist. Jeder Repositionsversuch musste aufgegeben werden. Man schritt daher zur Resection. Der Knochen wurde, wie Volkmann seit einiger Zeit als das Beste erprobt hat, unter dem Trochanter abgesägt. Die Heilung erfolgte binnen kurzer Zeit unter Lister'schem Verbande bei Heftpflasterextensionsbandage und Belastung des Zugriemens mit 10—15 Pfund.

v. Mosengeil (Bonn).

Kleinere Mittheilungen.

Winsor. Subcutaneous injection of Alcohol in an infant ten days old.

(Bost. med. and surg. Journal 1877. Vol. II. p. 32.)

W. berichtet aus der Praxis eines Collegen, der zu einem jungen Kinde gerufen wurde, das anscheinend durch Opium in todesähnlicher Narkose mit engen Pupillen dalag. Sinapismen und kalte Einpackungen waren nutzlos angewandt und der Puls setzte schon aus. Es wurde nun eine subcutane Injection von Alkohol (3 Tropfen Rum in 6 Tropfen warmen Wassers) mit sichtlicher Besserung der Athmung und der Blutbewegung gemacht. 10 Minuten später konnte das Kind schlucken; nach 50 Minuten zwang die Opiumwirkung von Neuem zur Injection; der Erfolg war derselbe. Noch zwei weitere Injectionen wurden nothwendig, dann trat bleibender Erfolg ein.

Pilz (Stettin).

Krzykowski. Ein periostales ossificirendes Enchondrom des Oberarmknochens mit Cystenbildung; Enucleatio brachii; Recidiv und Metastasen im Lungenparenchym.

(Przegląd lekarski 1877. Nr. 8 und 10, polnisch.)

Die colossale Grösse von 86 Ctm. Umfang und 50 Ctm. Länge erreichte die Geschwulst bei dem 20jähr. Pat., einem Landmann, in ungefähr 6 Monaten. Doch litt Pat. mehrere Monate vor dem ersten Erscheinen der Geschwulst an unerträglichen bohrenden Schmerzen im Oberarmknochen. Die Geschwulst reichte vom Ellbogengelenke bis zum Schlüsselbein, war hart und mit prallgespannter Haut bedeckt. — Enucleation unter Chloroformnarkose und bei Anwendung der Esmarch'schen Constriction — Lister's antiseptischer Verband. — Die entfernte Geschwulst zeigte auf der Durchschnittsfläche einen oberen knöchernen und einen unteren knorpeligen von cystischen Räumen durchsetzten Theil. Die Contouren des Oberarmknochens blieben vollkommen erhalten und waren von der Geschwulst leicht zu trennen. Der Oberarmkopf und die untere Epiphyse waren frei geblieben. Die Wunde heilte in 18 Tagen, doch fing bald darauf ein Recidiv an von der Scapula aus sich zu bilden. Es trat Husten ein — Pat. wurde anämisch. — Tod $2^1/_2$ Monate nach der Operation. In den Lungen wurden gegen 25 metastatische Enchondrome gefunden und mikroskopisch näher untersucht.

Obaliński (Krakau).

J. Wolff. Ueber Klumpfussbehandlung.

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 1. p. 90.)

Verf. empfiehlt den Sayre'schen Heftpflaster-Verband, der vom Dorsum pedis durch die Planta nach dem Unterschenkel hin verläuft und auf solche Weise

den Fuss in möglichst starke Pronation bringt, zu combiniren mit dem (an vielen Kliniken geübten) Verfahren, den Gypsverband in der fehlerhaften Stellung anzulegen und erst bei der Erhärtung des Gypses die Stellung so gut wie möglich zu corrigiren. Verf. hat durch dieses Verfahren sehr schnelle und gute Resultate erzielt. Ausserdem empfiehlt es sich, die Behandlung des Klumpfusses bereits im ersten Lebensjahre zu beginnen, weil die Chancen schneller Heilung in geradem Verhältnisse mit der Grösse des Wachsthumcoefficienten steigen müssen. Letzerer ist aber im ersten Lebensjahre am grössten.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

R. Lloyd. Traumatic abscess of the brain without fracture of the skull; death.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 10.)

Ein Maler fiel im Zimmer vom Gerüste und schlug mit dem Kopf und der Schulter auf den Boden auf; er war und blieb besinnungslos. 18 Tage später ins Hospital gebracht, sprach er unzusammenhängende Worte, meist vor sich hinmurmelnd, anwortete auf Fragen gar nicht, war sehr unruhig, wollte immer aus dem Bette heraus. Die Pupillen gleich, Blase und Mastdarm nicht gelähmt. Bald begann Pat., indem er oft mit der Hand zur rechten Kopfseite griff, jämmerlich laut zu schreien und that dieses Tag und Nacht bis zum Tode, welcher 23 Tage nach dem Unfall eintrat. Section: Leichte Quetschung an der linken Schläfe, leichte Hautverletzung an der rechten Schläfe und am linken Ellenbogen (entstanden durch Herausfallen aus dem Bette). Schädelknochen vollkommen normal, Gehirnhaut in der Mitte der rechten Hemisphäre, nahe der Mittellinie, der Hirnsubstanz adhärent; unter ihnen ein nussgrosser Abscess mit Erweichung der Umgebung; der Abscess enthielt neben Eiter und Blut Gehirntrümmer; das Gehirn im Uebrigen wie alle Organe gesund. Die Stelle des Abscesses entsprach dem Theile des Kopfes, mit welchem Pat. aufgefallen war. — **Pils** (Stettin).

O. Beyher. Die Laryngotomie etc.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. Nr. 17. 18.)

Da die Larynxexstirpation bei frühzeitig erkanntem Krebs in die Reihe der berechtigten Operation eingetreten ist, empfiehlt Verf. in Fällen, wo die endoskopische Diagnose ungenügend, die explorative Laryngotomie. Etwaige Gefahren der Operation können leicht vermieden werden; phonetische Störungen treten selten ein. Findet sich nach Eröffnung des Larynx kein Krebs, so hat man doch einen Weg zur vollständigen Zerstörung des Krankhaften. Hierfür theilt P. einen beweisenden Fall mit, in dem die Laryngotomie und die mikroskopische Untersuchung eines Theils der unterhalb der Stimmbänder sitzenden ulcerirten Neubildung ein Sarcom ergab, das mittelst scharfen Löffels und Chlorzink zerstört wurde. Pat. hat jetzt nach $1^1/_2$ Jahren weder Recidiv, noch nennenswerthe Stenose, noch auch Verlust des Tons der Stimme. In einem zweiten Fall wurde durch die Laryngotomie der Krebs constatirt. Die Exstirpation des Kehlkopfs hatte leider am 11. Tag Tod durch katarrhalische Pneumonie im Gefolge.

Mögling (Tübingen).

Charon. Abcès retro-pharyngien et granulome du foie chez un enfant de quatre mois.

(Presse méd. Belge 1877. Nr. 28.)

Die obige Affection wurde mit einer Laryngitis verwechselt. Auf ein Brechmittel erfolgte grosse Erleichterung, jedoch trat einige Stunden nachher plötzlich der Tod durch Erstickung ein, der durch Entleerung des Abscesses hätte abgewendet werden können. Die Anamnese, nach welcher in der Regel die Dyspnoe erst langsam (manchmal innerhalb Wochen) zu Stande kommt, die Dysphagie, die Haltung des Kopfes zur Seite oder nach hinten, eine teigige Anschwellung an

der Seite des Halses, vor Allem der fluctuirende Tumor im Rachen waren zur Diagnose hinreichend. Die Section ergab ausserdem ein haselnussgrosses Granulom resp. Gumma im rechten Leberlappen.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Porter. Scoliosis with disease of the sternum.

(Philad. med. Times 1877. No. 249. p. 417.)

Bei einem 2jährigen Kinde, bei welchem vor 11 Monaten eine rechtsseitige Pleuropneumonie diagnosticirt worden war, bildete sich nach dieser Affection eine bedeutende Scoliose zugleich mit Abflachung der Thoraxwände und Taubenbrustbildung aus. Dann entstand eine Fistel über dem Sternum, und eine etwa $^{2}/_{3}''$ weit in dieselbe eingeführte Sonde kam auf Knochen. P. hält den bei flachen Knochen seltenen ostitischen Process mit Knochenschwellung für denselben wie bei der Spina ventosa der Finger. Nach hinten war die Höhle im Knochen anfangs verschlossen. Später jedoch trat Perforation dieser hinteren Wand ein, so dass Pericardium und Pleura im Grunde blosslagen. Die Höhle wurde ausgespritzt und nach aussen gut offen gehalten, um Bildung eines peripleuritischen Abscesses zu verhüten. Bei Erwachsenen hat P. in ähnlichen Fällen partielle Resectionen von Rippen für nöthig gehalten.

Keen. Post-sternal abscess.

(Ibid. p. 426.)

Ein 35jähriger Bäcker bekam, nachdem 2—3 Wochen lang Schlaflosigkeit, Fieber, jedoch keine Schmerzen bestanden, eine Geschwulst am rechten Sternalrande, entsprechend der 2. Rippe. Cataplasmen, 10 Tage später Incision; der Eiter entleerte sich stossweisse, entspr. den Herzcontractionen. $2^{1}/_{2}$ Monate später, als Pat. bereits wieder täglich ausging, kam nach einem grösseren anstrengenden Gange ein Rückfall, äusserste Erschöpfung, Fieber bis zu 40°, Puls 120—140, Nachtschweisse. Die Granulationen der Abscesshöhle schwanden, es trat eine Trennung von Manubrium und Corpus sterni ein und an dieser Stelle bildete sich eine grosse ovale Oeffnung von 2" Breite, etwa $1^{1}/_{2}''$ Höhe. Die darunter befindliche Höhle $1^{1}/_{2}''$ tief; den Boden derselben bildete eine dünne Membran, man sah und fühlte dort den Puls der Aorta. Das ganze Sternum von oben bis unten und seitlich bis unter die Rippen war unterminirt, der Knochen cariös; die Ansätze der 2. Rippenknorpel gelöst. Tod nach mehreren Tagen. Section ergab ausser obigem Befund nichts Abnormes.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Stiller. Beitrag zum Aneurysma der Bauchaorta.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 18—20.)

Verf. hat einen dieser relativ seltenen Fälle intra vitam diagnosticirt und durch Autopsie die gestellte Diagnose bestätigt gefunden. Vielfach auf Lebert's bezügliche Arbeit recurrirend, schildert er den Verlauf und die Symptome der Krankheit, die durch Ruptur des Aneurysma tödtlich endete. Der Sitz der durch Endarteriitis bedingten Geschwulst war zwischen dem Austritt der Aorta aus dem Zwerchfell und ihrer Theilungsstelle; unterhalb des Zwerchfells war im Innern der Aorta eine scharfe, ringförmige Furche, die etwas eitrigen Belag enthielt. Die Ernährungsstörung, welche der Zwerchfellschlitz durch Compression auf die Aortenwand ausübte, wird als ätiologisches Moment angesehen. Ueber Details ist im Original nachzulesen.

v. Mosengeil (Bonn).

Butler. Osteo-sarcoma of the lower third of the femur.

(Royal Surrey County Hospital. — The Lancet 1876. Vol. II. p. 687.)

Eine 19jähr. Frau hat seit 2 Monaten Schmerzen am linken Condyl. int. fem., die bis zur Leiste hinaufstrahlen. Beim Gehen schleppt sie den Fuss nach, hat auf Druck die heftigsten Schmerzen an jener Stelle. Beide Kniee haben gleichen

Umfang; Extension ist unerträglich. Einige Tage später, beim Wenden des Unterschenkels, hört Pat. ein Knacken und fühlt an Stelle des dumpfen, nagenden Schmerzes denselben stechend und heftig. Bald schwillt die untere Partie des Oberschenkels, später die Kniekehle an; die Schwellung liegt deutlich auf der Oberfläche des Knochens, das Kniegelenk bleibt frei. Die Probepunction entleert flüssiges Blut aus der fluctuirenden Geschwulst, die aber keine Pulsation zeigt. Carte's Compressorium durch 4 Tage applicirt lindert die heftigen Schmerzen, ändert aber nicht die Grösse der Geschwulst. Da Pat. sichtlich herunterkam, so wird die Amputation im unteren Drittel des Oberschenkels gemacht und verläuft in 6 Stunden tödtlich. Vier Zoll war das untere Femurende von Periost entblösst; letzteres verdickt, mit Knochenhöckerchen versehen, bildet die Wand des falschen Aneurysma, das mit Blutcoagulis und flüssigem Blute erfüllt ist. In seinem Centrum lag das entblösste Femur, das an der Diaphyse zu einer siebförmig durchlöcherten Schale umgewandelt erschien. Der Rest des Knochengewebes war ersetzt durch ein Neoplasma, das sich mikroskopisch als kleinzelliges Rundzellen-Sarcom erwies. Eine Bruchlinie ging am Condyl. int. hart zwischen Epiphyse und Diaphyse schräg auf- und auswärts, bis 3″ über dem Condyl. ext.; Callusbildung hatte am oberen Fragment begonnen. — **Pilz** (Stettin).

Tyrrell. Case of popliteal aneurism cured by the application of Esmarch's bandage for fifty minutes.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 940.)

Ein 63jähriger Mann fühlte beim Knieen einen plötzlichen Schmerz in der linken Kniekehle. Der Anfall trat in der Nacht wieder auf. Am nächsten Morgen bemerkte Pat. einen kleinen, festen Tumor; zeitweise kamen in den folgenden 4 Wochen leichte Schmerzen in der Kniekehle vor, dann aber wurden dieselben ausserordentlich heftig; der Tumor wuchs sehr schnell, wurde pulsirend. Bei der Aufnahme maass die klopfende, elastische Geschwulst 5″ Länge und $4^1/_2$″ Breite; die oberflächlichen Venen des ödematösen Unterschenkels waren erweitert; die Art. tib. ant. und post. konnten nicht gefühlt werden. Esmarch's Binde wurde, nachdem die Schmerzen etwas durch Morphium bekämpft worden waren, von den Zehen bis zum Aneurysma fest angelegt, dann auf demselben lose weitergeführt, und um den Oberschenkel wieder fest angelegt. Oberhalb der Binde wurde der Schlauch fixirt. Die Schmerzen waren stark, aber erträglich; nach 50 Minuten konnte die Binde schon abgenommen werden. Aus Vorsicht liess T. durch weitere 2 Stunden Digitalcompression ausüben und dann ein Compressorium mässig fest während der Nacht anlegen. Am folgenden Morgen Pat. schmerzlos, Aneurysma fest, pulslos, Tibial. ant. pulsirt. Bald konnte Pat. entlassen werden.

Pilz (Stettin).

Th. Annandale. Case in which mobility and perfectly useful limb resulted after excision of the knee-joint.

(Brit. med. Journal 1877. Vol. I. p. 478.)

Vorstehendes glückliches Resultat wurde bei einem jungen Mädchen erreicht, welches in gewöhnlicher Weise operirt und nachbehandelt worden war und keine feste Vereinigung gezeigt hatte. Jetzt nach $4^1/_2$ Jahren ist das operirte Bein $1^1/_2$″ kürzer, das Knie kann bis zum rechten Winkel gebeugt werden; es ist geringe, seitliche Bewegung vorhanden; das Bein gut ernährt; der Gang unbehindert.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE
herausgegeben
von
Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 38. **Sonnabend, den 22. September.** **1877.**

Ueber die primäre Otitis externa diphtheritica.

Von
Dr. Kraussold
in Frankfurt a/M.

Den von Bezold im Virchow'schen Archiv (Bd. LXX. Hft. 3) beschriebenen 3 Fällen von fibrinösem Exsudat auf dem Trommelfell und im äusseren Gehörgang, die er auf Grund der dabei gemachten Beobachtungen als croupöse Entzündung des Trommelfells und des knöchernen Gehörgangs bezeichnet, möchte ich neben einigen Bemerkungen eine Beobachtung anreihen, die ich vor Kurzem zu machen Gelegenheit hatte. Wie Bezold bereits erwähnt, war Wreden der erste, der 3 Fälle von primärer diphtheritischer Entzündung im äusseren Ohr beschreibt, denen eine gleiche Beobachtung von Moos (Archiv f. Augen- u. Ohrenheilk. Bd. I. Abth. II. p. 86) folgt. Bezold's Krankheitsbilder sind im Allgemeinen leichtere, die Heilungsdauer eine kürzere als bei den erwähnten Autoren. Die Membranen waren in den Bezold'schen Fällen leicht löslich; sie

hinterliessen keine Geschwürsbildung, in Folge dessen trat keine längere Eiterung, keine Narbenbildung auf, wie bei Wreden. Allein in der Hauptsache stimmen die 3 Autoren überein: es handelte sich um primär, bei mehr oder weniger gestörtem Allgemeinbefinden auftretende fibrinöse Auflagerungen auf die äussere Trommelfellfläche und in den Meatus auditorius externus, um Auflagerungen, die nach der Art ihrer Entwickelung, nach ihrem Aussehen die grösste Aehnlichkeit zeigten mit dem, was man als diphtheritische Membranen zu bezeichnen pflegt. Für die Existenzberechtigung dieser Membranen scheint mir nun der Nachweis sehr wichtig, dass oder ob solche diphtheritische Membranen auf der äusseren Haut überhaupt vorkommen können; denn wenn auch die Bedeckung des knöchernen Gehörgangs und der äusseren Trommelfellfläche wesentlich zarter und reizbarer ist, als die äussere Haut, und nach Henle mit dem Uebergang aus dem knorpeligen in den knöchernen Gehörgang ihren Charakter ändert, rasch an Mächtigkeit abnimmt und mehr den eigenthümlichen Silberglanz einer fibrösen Haut erhält, so hat sie eben doch als oberflächlichste Schicht gleich der äusseren Haut die Epidermis. So viel mir nun bekannt ist, ist die Diphtheritis der äusseren Haut ohne vorhergegangene Verletzung nicht beobachtet und beschrieben und auch vom theoretischen Standpunct aus nur schwer denkbar. Dass die relativ häufigere secundäre diphtheritische Entzündung des Mittelohrs, nach Perforation des Trommelfells auch auf die äussere Trommelfellfläche und den äusseren Gehörgang übergreifen könne, ist wohl ebenso sicher, als es unwahrscheinlich ist, dass im intacten äusseren Gehörgang die Diphtheritis primär auftritt. Dabei betone ich das Intactsein des äusseren Gehörgangs. Sobald durch eine hier vorhandene Entzündung, durch leichte Excoriationen etc. die Verhältnisse alterirt sind, ist ein Angriffspunct für den Beginn der diphtheritischen Entzündung gefunden; gerade darauf möchte ich besonders aufmerksam machen, und als Beweis für den Ausgang der primären Diphtheritis des äusseren Gehörgangs von derartigen, seit einiger Zeit bestehenden Excoriationen folgenden Fall erwähnen:

Fräulein Lili W. aus F., 22 Jahre alt, leidet schon seit einigen Wochen an einer leichten Entzündung des rechten äusseren Gehörgangs mit serösem Ausfluss. Bei indifferenter Behandlung mit Kamillenthee etc. blieb der Zustand einige Wochen der gleiche; zeitweise auftretende Schwerhörigkeit und Sausen verloren sich von selbst. Ende Juli traten nun bei gestörtem Allgemeinbefinden heftigere, stechende Schmerzen im rechten Ohr, verbunden mit Sausen, Schwerhörigkeit und dem Gefühl von Völle auf der rechten Kopfseite und ein sehr heftiges Kitzeln im Ohr auf. Ausser einer etwaigen Erkältung ist keine Ursache denkbar. — Der rechte Gehörgang ist bis auf ein kleines Lumen ausgefüllt von anscheinend grauweisslichen Epidermismassen, die jedoch durch Ausspritzen und wegen der bedeutenden Schmerzhaftigkeit auch mit der Pincette nicht entfernt werden können. Vom Trommelfell ist fast nichts zu sehen. Die normal auf

80 bis 90 Ctm. hörbare Uhr wird rechts 5 bis 6 Ctm., links 70 Ctm. weit gehört. Die Luftdouche lässt rechts grobblasiges Rasseln vernehmen, bessert das Hörvermögen nicht und ist etwas schmerzhaft. Rachen und Nase sind normal. Am 2. Tage sind die Symptome dieselben. Unbehagen, Frost, kein Appetit. Es gelingt, mit der Pincette ein Stück der den Gehörgang verstopfenden Masse zu entfernen. Der Gehörgang an dieser Stelle stark geröthet, geschwellt, stellenweise excoriirt, schmerzhaft. Abends Temperatur 38,7 C. Die Luftdouche gewährt einige Erleichterung. Das herausgenommene Stück wird nicht genauer untersucht, da man es für eingetrocknete Epidermis hält. Jedoch schon am nächsten Tage sitzt an derselben Stelle eine gleiche Membran; die subjectiven Klagen dieselben. Es kommt mir zuerst die Idee eines diphtheritischen Belages. In der Stadt kommt seit einigen Monaten Diphtheritis vor; eine directe Infection ist nicht nachweisbar. Es werden Einträufelungen einer schwachen Milchsäurelösung und Ausspritzungen mit Kalkwasser verordnet. Am 5. Tage gelingt es, einen circa 14 Mm. langen förmlichen Abguss des hinteren Theils des Meatus audit. ext., der auch einen Abdruck des oberen Trommelfellsegments enthält, mit der Pincette zu entfernen. Momentane Besserung, Sausen lässt nach, Hörweite = 14 Ctm. Der ganze hintere Theil des äusseren Gehörgangs geröthet, geschwellt, excoriirt, stellenweise leicht blutend. Das Trommelfell gelockert, stark injicirt, eingezogen. Die entfernte Membran stellt eine weissgraue Masse dar, derb und elastisch, die jetzt seit 5 Wochen in Spiritus liegt, hierdurch geschrumpft und noch derber geworden ist. Derselbe Process stellte sich nach 3 bis 4 Tagen wieder ein und die Membran wurde nach 7 Tagen wieder entfernt. Von da ab besserte sich das Allgemeinbefinden allmälig. Durch Einspritzungen einer Salicylsäurelösung entfernte ich noch mehrmals kleinere Fetzchen. Die Eiterung aus dem äusseren Gehörgang wurde bald mässig und ist zur Zeit nur noch gering. Hörweite = 40 Ctm. Das Trommelfell noch immer etwas eingezogen, im Allgemeinen grauweisslich getrübt. Die Luftdouche mit dem Katheter bessert regelmässig das Hörvermögen um etwas. Mikroskopisch fand ich an Stücken der zweiten Membran sehr zarte, netzförmig verfilzte Fasern mit spärlich eingestreuten Rundzellen, an den Rändern Eiterkörperchen und Epidermiszellen. Typisch angeordnete Micrococcenhaufen, wie Bezold, konnten wir nicht erkennen. Inwiefern diese kurze Krankengeschichte von den Bezold'schen Fällen abweicht, möge der Vergleich ergeben. Erwähnen möchte ich noch, dass in 2 von Bezold's Fällen angegeben wird, dass vor der croupösen Erkrankung in dem einen Falle Otitis externa bacteritica, in dem anderen eine acute perforative Mittelohrentzündung bestanden habe. Sollte meine Vermuthung, dass es sich in allen Fällen um ein Hinzutreten der diphtheritischen Infection zu bereits bestehenden, leichten Excoriationen und Entzündungen im äusseren Gehörgang handle, bestätigt werden, so wäre die Otitis externa diphtheritica als eine einfache Wunddiph-

therie zu bezeichnen, wie sie auch an anderen Stellen vorkommt, deren Entwickelung in dem engen, relativ schwer zugänglichen äusseren Gehörgang noch begünstigt würde. Das nach dem jetzigen Stande der diesbezüglichen Ansichten unwahrscheinliche Auftreten der Diphtherie auf der äusseren Haut wäre damit erklärt und die diphtheritische Entzündung des äusseren Gehörgangs stände zu anderweitigen dort bestehenden Entzündungen in etwa der Beziehung, wie das Kopferysipel zu leichten Excoriationen an der Nase.

Frankfurt a/M., September 1877.

H. Braun. Die Bedeutung der fehlenden Hirnbewegung bei blossliegender Dura.

(Arch. für klin. Chirurgie 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

B. hat sich die in vielen Beziehungen wichtige Aufgabe gestellt, die Bedingungen zu ermitteln, unter welchen bei blossliegender Dura mater die Hirnpulsationen fehlen. Roser hat bekanntlich dieses Symptom als ein Zeichen eines unter der Dura liegenden Abscesses angesehen; es wurde ferner in einem Falle von ihm die Frage gestellt, ob nicht Agonie, also Schwäche der Herzkraft, die Ursache dieser Erscheinung sei, und schliesslich hat er die Hemmung der Hirnbewegung in einer örtlichen Verwachsung der Arachnoidea gesucht. (Vergl. Centralblatt f. Chir. 1875 p. 161.)

Zur Beantwortung der Frage benutzt B. zuerst eine Reihe von Beobachtungen von Verletzungen mit blossliegender Dura mater und fehlender Pulsation (Bilguer, Schmucker, Guthrie, Bell u. s. w.) und stellt die Ansichten verschiedener, mit diesem Symptome wohlbekannter Chirurgen (Pott, Richter, Kern, C. M. Langenbeck u. s. w.) zusammen. Es ergiebt sich hieraus, dass die Pulsationen fehlten, wenn ein Knochensplitter zwischen Dura und Schädel steckte; ferner wenn Flüssigkeit (Eiter, Blut, Exsudat) sowohl zwischen Schädel und Dura, als auch zwischen den Hirnhäuten, als auch unter denselben im Gehirn angesammelt war; bei Quetschung des Gehirns (1 Fall von Chiene); bei Compression beider Carotiden und endlich bei Verwachsung der Arachnoidea. — Als gemeinsame Ursache des Verschwindens der Pulsationen findet Verf. demnach eine Anämie der oberflächlichen Hirnarterien, bedingt entweder durch mangelhafte Blutzufuhr zu dem Gehirn oder durch Compression dieser Gefässe. In diesem letzteren Falle kommt aber immer als begünstigendes Moment eine verstärkte Spannung der Dura hinzu.

B. sucht nun mit Hülfe experimenteller Arbeiten die verschiedenen Ursachen dieser Circulationsstörung zu ermitteln.

Es gelang ihm in einem Falle von Schädelverletzung nicht, die Hirnbewegung durch Compression der Carotiden zu sistiren, ebenso wenig wie Kubel und Richerand. Auch bei Kaninchen und Hun-

den hören die Hirnbewegungen erst auf, wenn nach den Carotiden auch beide Vertebrales ligirt wurden. Dagegen ist durch das Thierexperiment leicht nachzuweisen, wie auch schon Bichat, Donders, Ecker zeigten, dass die Bewegungen des Gehirns mit der Verringerung der Blutmasse abnehmen. Man beobachtet durch gleichzeitige Abnahme der Herzenergie vollständige Ruhe des Gehirns, lange bevor das Thier durch den Blutverlust getödtet ist. — B. führt entsprechend Belege dafür an, dass umgekehrt durch vermehrte Herzaction auch die Gehirnbewegung verstärkt wird.

Die zweite Hauptursache lag in der durch die oben angegebenen Verhältnisse bewirkten Anämie der oberflächlichen Hirnarterien, welche praktisch entschieden wichtiger ist. Hierbei wird es schwierig sein zu entscheiden, ob allein die Anämie oder ob allein die Spannung der Dura das Fehlen der Pulsationen veranlasst. Die Möglichkeit, dass Anämie allein Pulslosigkeit des Gehirns bedingen kann, ist durch Experimente von Beck nachgewiesen worden; dagegen konnte B. nicht mit absoluter Sicherheit den Nachweis führen, dass die stärkere Spannung der Dura allein dieselbe Wirkung hatte. Aus Versuchen an Thieren lässt sich dagegen der Schluss ziehen, dass bei fester, straffer Adhäsion der Dura und kleiner Oeffnung im Schädel die Gehirnpulsation fehlen kann. — Neubildungen im Gehirn, welche nahe an der Convexität desselben sitzen, werden dieselben Wirkungen, wie Flüssigkeitsergüsse hervorbringen können. Zu erwähnen ist ferner, dass bei Thieren (Ecker, Kubel) nach Abfluss des Liquor cerebrospinalis die Hirnpulsationen ebenfalls fehlen. — Schliesslich macht Verf., gestützt auf mehrere der Litteratur entnommene Beobachtungen, darauf aufmerksam, dass bei Flüssigkeitsansammlungen unter der Dura die Pulsationen fortbestehen können, wenn die Spannung in der Abscesshöhle eine zu geringe ist, um eine Anämie der oberflächlichen Hirnarterien und eine vermehrte Spannung der Dura hervorzurufen. **Maas** (Freiburg i/Br.).

Giacomini e Mosso. Esperienza sul movimento del cervello nell' uomo.

(Arch. p. l. sc. med. 1876. Fasc. 3.)

Eine 37jährige Frau verlor in Folge von Lues theils spontan, theils durch operativen Eingriff einen grossen Theil ihrer Stirn- und Scheitelbeine. Von der in grossem Umfange blossliegenden Dura mater nahmen Verff. genaue Curven ab, mit Benutzung zweier durch eine Kautschukröhre verbundenen, entsprechend modificirten Marey-schen Cardiographen. Sie erhielten folgende, die Beobachtungen von v. Bruns, Langlet und Leyden erweiternde Resultate: An der Curve sieht man 1. Pulsationen (Herzcontraction), 2. Oscillationen (Respiration), 3. Undulationen (specielle, mehr zufällige Einflüsse). — Beim Absteigen und Aufsteigen der Oscillationswelle sinkt und steigt

auch die Höhe jeder einzelnen Pulsation. Die Form der Pulswelle ist von der des Radialpulses verschieden (abgerundeter) und ändert sich je nach Umständen. — Bei Compression beider Carotiden verschwinden die Pulsationen fast vollständig; bei halbseitiger Compression vermindert sich die Höhe der Pulswellen beträchtlich; Aufhören des Druckes erzeugt vorübergehende Erhöhung der Pulswellen und Anschwellung des Hirnvolumens über die Norm. — Compression der Jugularvenen vermehrt das Volumen des Hirns; noch während der Compression beginnt dasselbe langsam abzunehmen; die gleichzeitige Erhöhung der Pulsationen überdauert aber für eine Zeit lang diese venöse Entleerung. Bei Aufhebung der Compression sinkt das Volum zuerst unter, und steigt dann allmälig wieder bis auf die Norm. — Hemmung der Respiration erhöht successive die Pulsationen; bei Wiederbeginn sinken sie langsam unter starker Volumsverminderung des Gehirns. Vereinzelte starke Inspirationen vernichten die Pulswelle fast vollständig. — Verlangsamung der Herzaction durch Compression des N. vagus vermindert das Volumen. — Compression der Aa. femorales erhöht die Pulswelle; nach Aufhören fällt sie vorübergehend unter die Norm. — Alle Bewegungen des Körpers und des Geistes spiegeln sich am Hirnvolumen ab und modificiren die Form der Pulsationen. **Escher** (Triest).

M. Bernhardt. Ueber periphere Lähmungen.

(Arch. für Nervenkr. und Psych. Bd. VII. Hft. 3.)

Verf. theilt zwei eigene und mehrere fremde Beobachtungen von peripheren Lähmungen mit, in welchen, trotz relativ schneller Wiederherstellung der activen Beweglichkeit (8—10 Wochen), der meist traumatisch afficirte Nerv an der Stelle des Druckes und oberhalb derselben nach dem Centrum zu für beide Stromesarten längere Zeit unerregbar blieb, während die Erregbarkeit unterhalb normal geblieben war. Die Schädlichkeit müsse also den Nerven so getroffen haben, dass die Leitungsfähigkeit für den Willens- und electrischen Reiz bis zu der Läsionsstelle zwar aufgehoben sei, die trophischen Fasern aber erhalten geblieben, so dass es unterhalb der Stelle zu keinen degenerativen Vorgängen komme. Solche Fälle lehren, dass man in der Prognose traumatischer Lähmungen vorsichtig sein müsse.

Seeligmüller (Halle a/S.).

C. Westphal. Unterschenkelphänomen und Nervendehnung.

(Arch. für Nervenkr. und Psych. Bd. VII. Hft. 3.)

Die durch die Experimente von F. Schultze und P. Fürbringer scheinbar über allen Zweifel erhobene Annahme von Erb, dass die »Sehnenreflexe« wirklich auf einem Reflexmechanismus beruhen, wird durch Experimente von Westphal wieder in Frage gestellt. W. fand, dass die leiseste Dehnung des N. cruralis bei Kaninchen

genügt, um den Patellarreflex vollständig aufzuheben, während electrische Erregbarkeit und Hautreflexe erhalten bleiben. W. meint, durch die Nervendehnung sei die tonische Spannung der Muskulatur aufgehoben. Im Anschluss hieran empfiehlt er nach v. Nussbaum's Vorgange, die Nervendehnung in Fällen mit krankhaft gesteigerten Contractionszuständen (Lateralsclerose) therapeutisch zu versuchen.

Seeligmüller (Halle a/S.).

B. Tarnowsky. Reizung und Syphilis.

(Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis 1877. Hft. 1 u. 2. p. 19.)

Unter obigem Titel veröffentlicht T. die schon früher in russischer Sprache publicirten Resultate seiner Untersuchungen, welche er zu dem Zwecke angestellt hat, um die Frage der Beziehung des weichen Schankers zur Syphilis zu erläutern. T. hat zunächst die Thatsache in's Auge gefasst, dass nach Impfung von Secret eines harten Schankers auf ein syphilitisches Individuum zumeist wohl ein negatives Resultat, bisweilen aber ein positives sich ergiebt, welches letztere in der Production eines weichen Schankers, bisweilen eines harten Infiltrates besteht (Bidenkap u. A.). Dieses sei als harter Schanker angesehen worden.

T. demonstrirt nun, dass das letztgenannte Impfungsresultat nicht als harter Schanker anzusehen sei, sondern als etwas, was er mit einem neuen Namen pseudoindurirter Schanker belegt und als Resultat der blossen Reizung der Haut eines Syphilitischen hinstellt.

Auf beliebige Reizung, mittelst Senfteig, blauem Eiter, Aetzung mittelst Schwefelsäure etc. entstünden bei Syphilitischen oder solchen, die syphilitisch gewesen, Geschwüre mit Induration, die eben einen harten Schanker vortäuschen. Diese Infiltration ist keine »Induration«, sondern eine durch den künstlichen Reiz örtlich veranlasste syphilitische Ablagerung. Damit falle das von Bidenkap u. A. gegen die Dualitätslehre angeführte Argument. Jenen »pseudoindurirten« Schanker kann man auch durch eine »Cauterisatio provocatoria« zu dem Zwecke veranlassen, um eine latente Syphilis zu entdecken. Am Schlusse seiner interessanten Ausführungen schwächt T. bedeutend den Werth seiner sachlichen Angaben ab. Beim Durchlesen der Originalarbeit wird der Leser am besten beurtheilen können, ob mit der Bereicherung der schon existirenden Schankerformen durch die neue Species »pseudoindurirter« Schanker ein Gewinn und eine Aufklärung für die einschlägige Frage gewonnen ist.

Kaposi (Wien).

H. E. Waddy. On the use of terebene in surgical dressings: a contribution to antiseptic surgery.

(Brit. med. Journal 1877. Vol. I. p. 676.)

Vorstehendes von Bond als kräftiges Desinficiens empfohlene Mittel hat W. mit bestem Erfolge als Verbandmittel versucht und beibehalten.

Das Tereben hat einen angenehmen Geruch, entwickelt beim Verdunsten Ozon, neutralisirt putriden Geruch und hat nach Braidwood und Vacher germicide Wirkung. Auf eine Fläche gebracht überzieht es dieselbe in Form eines Häutchens und haftet ihr fest an; es ist ein neutraler, darum nicht reizender Körper und coagulirt nicht, wie andere Antiseptica, z. B. Carbolsäure, die Albuminate. Aus diesen Gründen ist es für Verbandzwecke ausserordentlich geeignet, zumal die Erfahrung gelehrt hat, dass der Verband nur selten, nach Wochen erneuert zu werden braucht. Als Paradigma eines Verbandes beschreibt er einen solchen bei einer Kniegelenkresection.

Nachdem man die Blutung durch Torsion gestillt hat, wird die Wunde mit einer Mischung von 1 Unze Tereben auf 1 Pinte Wasser ausgewaschen. Nach sorgfältiger Entfernung der Blutcoagula und der Knochenspäne wird die Wundfläche reichlich mit reinem Tereben gesalbt und in alle Fugen und Falten Tereben hineingestrichen; die Extremität befestigt man nun in gewohnter Weise auf einer Schiene mit Fussbrett. Die Wundränder, ebenfalls mit Tereben gesalbt, werden genau adaptirt — nicht genäht — und mit in Tereben getauchter Lintcompressen circulär umgeben. Ueber die Compresse kommt Watte und über diese eine in Tereben getauchte Binde. Der Wärter hat nur die Pflicht, diese äusserste Bandage 2—3 Mal täglich mit Tereben etwas zu tränken. Eine so verbundene Wunde kann mehrere Wochen unberührt bleiben. Vor Erneuerung des Verbandes ist es zweckmässig, denselben 3—4 Stunden hindurch gut mit Tereben zu durchtränken und dann mit der Scheere schichtweis zu durchschneiden und zu entfernen. Nie hat Verf. eine besonders starke Absonderung beobachtet. Besonders empfehlenswerth erscheint die Verbandmethode, nach W., für die Kriegspraxis.

Die Vortheile der Methode sind hauptsächlich folgende:

1) Patient sieht nie die Wunde.

2) Die Wunde ist antiseptisch behandelt, bei voller Ruhe und Schmerzlosigkeit.

3) Ersparniss an Zeit und Arbeit für Arzt und Wartepersonal.

4) Billigkeit des Verbandes.

W. giebt folgende ausgewählte, sämmtlich nach seinem Verfahren behandelte Fälle:

7 jähriger Knabe, Kniegelenkentzündung, Resection sammt der Patella. Erster Verband lag 5 Wochen.

9 jähriges Mädchen, Kniegelenkentzündung, Resection sammt der Patella. Erster Verband lag über 3 Monate.

5 jähriges Mädchen, Necros. fem., Necrotomie. Erster Verband lag 3 Tage (kleine Wunde).

6 jähriger Knabe, Kniegelenkentzündung, Resection. Erster Verband lag fast 3 Monate.

9 jähriges Mädchen, Narbencontraction, Excision und Transplantation. Erster Verband lag 7 Wochen.

7 jähriges Mädchen, Kniegelenkcaries, Resection. Erster Verband lag über 7 Wochen.

4jähriges Mädchen, Necrosis humeri, Necrotomie. Erster Verband lag 7 Wochen (1 Verband genügte).

24jähriger Mann, Verletzung, Amputatio antibrachii. Erster Verband lag 1 Monat ($^3/_4$ der Wunde geheilt).

6jähriger Knabe, Kniegelenkentzündung, Resection. Erster Verband lag 5 Wochen. Heilung.

16jähriger Knabe, Verletzung, Amputatio digiti I und IV. Erster Verband lag 5 Wochen (nur 1 Verband).

Pilz (Stettin).

Keating. On the therapeutic uses of jaborandi.

(Philadelphia med. Times 1877. No. 250. p. 433.)

Die Erfahrungen K.'s in Betreff dieses bereits vielfach erprobten Mittels sind folgende:

Folia jaborandi (als infusum 3,75 : 120,0, alle $^1/_2$ Stunden 25,0) kann man geben, ohne ernste Depressionserscheinungen hervorzurufen. Wenn Nausea folgen, so schafft Alkohol und Opium sofort Erleichterung. Schon nach den zweiten 25 Gramm tritt meist reichliche Schweisssecretion auf. Giebt man obiges Infus als Klystier, so bleiben Nausea und Depression aus. Die profuse Speichelabsonderung, welche als Nebenwirkung oft auftritt, zeigt sich nur, wenn das Mittel per os gegeben wird. Die Urinsecretion ist vermindert. K. empfiehlt daher besonders in Fällen von morbus Brightii stets ein Diureticum zugleich in Anwendung zu bringen. Pilocarpium (nitricum) subcutan in Dosen von 0,002—0,012 giebt nach einigen Minuten starke Schweisssecretion ohne unangenehme Nebenwirkungen.

In Fällen von acutem Gelenkrheumatismus schafft Jaborandi äusserlich in Form von Cataplasmen grosse Erleichterung, die Oedeme nehmen ab. K. glaubt, dass hier ein directer specifischer Einfluss auf die Schweisssecretion vorliege; daher es äusserlich bei Oedemen der Füsse (bei Herzfehlern) gute Dienste leistet.

Bei acuter Bronchitis ist das Dower'sche Pulver durch Jaborandi mit Vortheil zu ersetzen.

Nach K. wird das wirksame Princip des Jaborandi durch die Schweissdrüsen eliminirt, aber nur in grossen Dosen. In kleinen Dosen erhöht es den Tonus der kleinen und kleinsten Gefässe durch Reizung der glatten Muskelfasern und kommt in dieser Richtung der Belladonna nahe. In der That kann es auch gegen Nachtschweisse bei Phthisikern die Belladonna mit Vortheil vertreten. Man giebt obiges Infus öfters während der Nacht theelöffelweise. —

E. Fischer (Strassburg i/E.).

G. Hayem. Sur la nature et la signification des petits globules rouges du sang.

(Comptes rendus T. LXXXIV. p. 1239.)

Die von Masius, Vanlair u. A. als Mikrocyten beschriebenen, rothen Blutkörperchen ähnlichen Gebilde sind nach den Untersuchun-

gen von H. nur durch äussere Agentien veränderte kleine Blutkörperchen. Sie präexistiren als solche nicht im Blut und ihre Zahl variirt je nach der Art und Weise, wie das Präparat hergestellt wird. Die kleinsten Elemente, die man im Blute als rothe Blutkörperchen zu erkennen vermag, haben einen Durchmesser von etwa 2 μ (Mikromillimeter); zwischen diesen kleinsten, den »Zwergblutkörperchen«, und den grössten, die 12, ja selbst 14 μ erreichen, findet man alle Zwischenstufen vor. Aber wie auch die Grösse dieser Elemente und die Intensität ihrer Färbung variiren mag, immer und ausnahmslos sind sie scheibenförmig und biconcav; selbst in pathologischen Fällen besteht die einzige Abweichung in dem Verluste der runden oder Scheibenform. Die für die Mikrocyten beschriebenen Abweichungen, die sphärische, die Blasen-, die Maulbeerform, beruht nur auf endosmotischen Veränderungen dieser kleinen Gebilde. Es mag sein, dass in einzelnen Krankheitsformen leichter die Umwandlung in Microcyten vor sich geht (vielleicht entsprechend dem grösseren oder geringeren Wasser-, Salz- und Eiweissgehalt des Blutes bei den resp. Zuständen, Ref.). — Was die Bedeutung und das Vorkommen dieser Gebilde betrifft, so hat die fortgesetzte Beobachtung im gesunden und kranken Zustande Folgendes ergeben: Die Zwergblutkörperchen von 2 μ Durchmesser finden sich constant beim Neugeborenen, aber nur 1 auf 100—200 normal grosse, nicht selten auch noch später in beträchtlicher Zahl. Beim Erwachsenen dagegen, wofern er gesund ist, sind sie ausserordentlich selten. Physiologisch treten sie während jeder Menstruation reichlich auf; pathologisch, sobald 1) nach grösserem Blutverlust, welche Ursache er auch immer habe (Epistaxis, Haemoptoe, Haematemesis, Metrorrhagie etc.) oder 2) in der Reconvalescenz von acuten Krankheiten (Ileotyphus, Variola, Rheum. art. acut.) die Menge der rothen Blutkörperchen wieder zuzunehmen beginnt, 3) bei allen chronischen Anämien mässigen Grades (s. auch Centralbl. 1876. No. 45). Und zwar ist in der Regel das Verhältniss der kleinen Blutkörperchen um so grösser, je mehr Blutkörper überhaupt in dem gleichen Blutvolumen enthalten sind. Nimmt bei Anämien die Menge der Blutkörperchen rapid zu, so sieht man kleine und kleinste (Zwerg-) Blutkörperchen auftreten; waren sie schon zuvor vorhanden, so steigt ihre Zahl. Gehen die Anämien zur Besserung, so wird die Menge der kleinen und kleinsten Blutkörperchen geringer und dem entsprechend die Blutkörper von normaler, gewöhnlicher Grösse reichlicher. Es zeigen sich also die kleinen, rothen Gebilde alle Mal, sobald eine lebhafte Bildung neuer Elemente stattfindet. H. glaubt den Schluss wagen zu dürfen, dass diese kleinen Elemente junge, unvollständig entwickelte Blutzellen sind. Finden diese jungen Gebilde die für ihre normale Entwickelung nothwendigen Bedingungen, so werden sie zu den normalen, grossen Blutkörperchen und man findet sie erst dann wieder, wenn sie sich auf einmal in grösserer Menge bilden (erste Lebenswochen, Menstruation). Unter pathologischen Verhältnissen, besonders bei Anämien, werden

auch viele solche kleine Elemente gebildet, allein ihre weitere Entwickelung, ihre Umwandlung in grosse Blutkörperchen ist mehr oder weniger gehemmt. **J. Munk** (Berlin).

Oré. Anémie chronique survenue à la suite d'accidents nerveux rebelles et de troubles digestifs continus pendant cinq ans; transfusion du sang; guérison.

(Comptes rendus T. LXXXIV. p. 624.)

In einem Falle, in dem es sich wahrscheinlich um ein Ulcus ventric. rot. handelte (Appetitlosigkeit, Cardialgie, Erbrechen, seit 5 Jahren fast alltäglich auftretend), erreichte O. Heilung durch Transfusion von nur 40 Grm. (!) Blut mittelst Einstichs in die Vene, ohne dass diese blossgelegt wurde. Unmittelbar nach der Operation soll sich Appetit eingestellt haben, die Cardialgie und das Erbrechen liessen nach, kurz die Heilung erfolgte ausserordentlich schnell. O. macht in Anbetracht dieses wunderbaren Erfolges darauf aufmerksam, dass im Gegensatz zu der acuten Anämie, bei welcher infolge des starken Blutverlustes das Gefässsystem ziemlich plötzlich und erheblich entleert wird, bei der chronischen Anämie weniger die Quantität des Blutes verringert, als die Qualität verschlechtert sei und dass deshalb bei der chronischen Form Einführung grösserer Mengen von Blut kein wesentliches Erforderniss sei. Nach ihm hat die Transfusion Bildung neuer Blutkörperchen zur Folge, obwohl nach Worm Müller, Ponfick u. A. eine derartige Neubildung nicht erweisbar ist; und zwar stützt sich O. auf 5 Blutkörperchenzählungen, die bei seinem Patienten sowohl vor als nach der Operation gemacht sind und welche eine viel erheblichere Zunahme der rothen Blutkörperchen nach der Transfusion darthun, als dass sie einfach auf die 40 Grm. eingeführten Blutes zurückgeführt werden könnte.

J. Munk (Berlin).

D. Haussmann. Ueber die bei den Blutungen der Gebärmutter früher geübte Autotransfusion.

(Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. I. Hft. 2. p. 381.)

Verf. weist nach, dass die in neuerer Zeit wieder empfohlene Autotransfusion schon von den ältesten Zeiten der Medicin an ihre Verehrer gehabt hat. In einer hippocratischen Schrift, von Soranus, Moschion, Paulus aus Aegina werden im Alterthum theils Einwickelung der Extremitäten, theils Umschnürungen derselben, theils Lagerung (oft mit besonderem Nachdruck) bei Gebärmutterblutungen empfohlen. Die Umschnürung wirkt nach Verf. in der Weise, dass dadurch der Kreislauf verkleinert und die Herzarbeit erleichtert wird, nach Lösung der Binden aber das aufgestaute Blut dem Hirn und Herzen zufliesst. — Auch im Mittelalter und dem

Anfang der Neuzeit wurden dieselben Manipulationen öfters erwähnt, von einzelnen empfohlen (Sylvius, Mercatus, Bottonus, Ambroise Paré etc.), von anderen verworfen (Astruc, Monfalcon). Von den neueren sind Peter Frank, Velpeau, Ritgen, Lumpe für das Binden der Glieder, Hohl, Détroit gegen dasselbe.

Benicke (Berlin).

M. Runge. Versuche mit Einspritzungen von heissem Wasser bei uterinen Blutungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 13.)

Nach Vorgang von Landau, Windelband und Jakesch liess Gusserow durch R. Versuche über Wirkung von Injection etwa 40° R. heissen Wassers bei Uterinblutungen anstellen. Der Erfolg war im Allgemeinen zufriedenstellend, in einigen Fällen sehr günstig, doch auch in andern ausbleibend. Probirt wurde das Verfahren in 10 Fällen von atonischen Blutungen, in 7 Fällen von Blutung nach Aborten oder Retention von Placentarresten, in 3 Fällen von Blutungen bei Neoplasmen. Bei der ersten Klasse war der Erfolg verhältnissmässig am besten, bei der zweiten trat er erst nach völliger Entleerung des Uterus ein, bei der dritten nur momentan. Im Allgemeinen wird die Temperatur von 40° R. ertragen, bisweilen nur 38°. Temperaturen von 41° und mehr sind nicht mehr statthaft. Zur Injection empfiehlt sich der Irrigator. Besonders hervorzuheben ist, dass sich die anämischen Frauen durch Zuführung der Wärme in ihrem Allgemeinbefinden sehr gebessert fühlen.

v. Mosengeil (Bonn).

W. A. Freund. Beiträge zur Pathologie des doppelten Genitalcanals.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. I. Hft. 2. p. 231.)

Verf. vermehrt seine früher veröffentlichten Beobachtungen um 16 neue Fälle von Verdoppelung des Genitalcanals, die viel Interessantes bieten.

Im ersten Fall handelte es sich bei einer 60jähr. Frau um einen Uterus septus, dessen linke Hälfte verschlossen war und neben starker Ausdehnung durch angesammeltes Secret zugleich sarcomatöse Degeneration der Schleimhaut des Fundus zeigte: eine Diagnose, die nach der Untersuchung des durch Punction gewonnenen Inhaltes des Tumors während des Lebens gestellt werden konnte. Die Section bestätigte den Befund. Der Tod erfolgte durch Ileus, welcher seine Erklärung fand in einer Abschnürung des Endtheils des Ileums durch das am Fundus uteri adhärente Netz. F. hält die Stenose der linken Hälfte für angeboren.

Der 2. Fall betrifft eine 38jähr. Frau mit Uterus unicornis und doppelter, rechtsseitig verschlossener Scheide. Es entwickelte sich ein

Haematokolpos unter dem Bilde einer Scheidencyste. Verf. ist geneigt, auch Scheidencysten mit nicht blutigem Inhalt zum Theil auf ähnliche Entwickelungsanomalien zurückzuführen.

Im 3. Fall kam es bei doppeltem Uterus und doppelter Scheide mit Blutansammlung in der linken verschlossenen Seite zu spontanem Durchbruch durch das Vaginalseptum nach der rechten Scheide hin. Nach allmäliger Durchschnürung des Septum durch elastische Ligatur erfolgte Heilung.

Endlich der 4. Fall war eine linksseitige Haematometra bei Uterus bicornis und einfacher Scheide, wo von anderer Seite vor 24 und 20 Jahren das erste Mal von den Bauchdecken, das andere Mal von der Scheide aus die bestehende Geschwulst geöffnet worden war. 1871 traten mit Cessation der Menses grössere Beschwerden auf, welche die Pat. zum Verf. führten. F. erweiterte eine kleine Oeffnung in der linken Seite der Vagina, wobei sich 1 Liter dunkler Flüssigkeit entleerte, mit Nachlass aller Beschwerden.

Benicke (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

H. Heidrich. Verletzung durch einen Bienenstich.

(Wiener med. Presse 1877. No. 19.)

Eine 25jährige Magd erkrankte ohne bekannte Veranlassung ganz plötzlich unter folgenden Symptomen: Gesicht gedunsen, cyanotisch, Respiration langsam, schwer, Lungenoedem in Entwickelung, Sensorium benommen, Puls klein, frequent, Extremitäten kühl. Der ganze rechte Arm geschwollen, Cubital-, Achsel- und Halsdrüsen rechts vergrössert. Bei Darreichung von Wasser, das die Kranke heftig begehrt, plötzliche Convulsionen mit dem Ausdruck der höchsten Angst im Gesicht, wie bei Lyssa; ebenso treten Convulsionen ein, als der Arzt zufällig den rechten Zeigefinger der Kranken erfasst. An demselben steckt in Mitte eines kleinen röthlichen Hofes ein Bienenstachel. Nach Entfernung desselben hören die Convulsionen auf, die Wasserscheu verschwindet, Pat. erholt sich bald und ist am nächsten Tage mit Ausnahme grosser Mattigkeit vollkommen genesen und arbeitsfähig. Sie giebt an, dass fast unmittelbar nachdem sie den Stich gefühlt und die Biene zwischen den Fingern zerdrückt hatte, die Krankheitssymptome begannen.

Winiwarter (Wien).

J. Ritchie. Note on the treatment of pityriasis versicolor.

(Edinb. med. Journal 1877. No. 259. p. 604.)

Verf. hatte die Beobachtung gemacht, dass Achorion Schönleinii und Trichophyton tonsurans in Glycerin-Gelée sehr gut conservirt werden konnten, nicht aber Microsporon furfur; wahrscheinlich war die im Gelée enthaltene Essigsäure das Wirksame, wie auch Versuche mit Essigsäure allein zeigten. Seit dieser Erfahrung behandelt er die hartnäckigsten Fälle, in welchen andere Methoden fruchtlos oder mit vorübergehendem Erfolge versucht sind, so, dass, nachdem die Hautstelle durch Seifenwasser gereinigt und entfettet ist, die afficirten Stellen mit Glycerin und Essigsäure zu gleichen Theilen gewaschen werden; die die Haut direct berührenden Kleidungsstücke werden mit einer Mischung von Essig und Wasser befeuchtet. Ebenso wirksam fand R. die Essigsäure bei einer durch Microsporon furfur bedingten Onychomycosis. **Pilz** (Stettin).

J. Murray. On a new remedy in certain forms of skin disease.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 609.)

In Hong-Kong hat Verf. ein von den Einheimischen gegen Lupus und einige andere Hautkrankheiten mit Erfolg angewandtes Mittel kennen gelernt, das Fluid-

Extract von Tong Pang Chong. Dasselbe scheint von der Wurzel der Axebia quinata zu stammen; aus ihr stellte Thomson eine krystallinische Substanz dar, die der Chrysophan-Säure nahe steht. Verf. kann die Ursache der Heilwirkung nicht darlegen, hat es aber in Hunderten von Fällen, besonders bei Tinea circinata und bei dem anderen Mitteln widerstehenden Eczema genitalium erfolgreich angewandt. Abends lässt M. auf die erkrankte Hautpartie mittelst eines Pinsels das Extract auftragen, dann trocknen. Diese Procedur wird noch 2 mal wiederholt, bis Heilung eintritt.

Pilz (Stettin).

Guttmann. Ueber Hautcysticerken.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 26.)

Verf. führt unter Demonstration eines Pat., bei welchem zahlreiche Hautcysticerken gefunden sind, an, dass erst 16 Fälle von intra vitam nachgewiesenen Hautcysticerken in der Litteratur sich finden, obwohl die Parasiten so häufig bei Obductionen gefunden werden. Im demonstrirten Falle entwickeln sich immer noch Blasen in wahrnehmbarer Grösse. Aetiologische Momente sind nicht nachweisbar.

v. Mosengeil (Bonn).

D. Lees. Bromide rash.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 682. Lond. pathol. Soc.)

In der Versammlung stellte L. ein 9monatliches Kind mit ausgesprochenem Brom-Exanthem vor. Das Kind bekam vor 1 Monat Convulsionen und L. in der Meinung, dass er es mit Hydroceph. acut. zu thun habe, gab Bromkali $5^1/_2$ Gran 3stündlich; die Gehirnerscheinungen schwanden gänzlich. Mit Aussetzen des Mittels zeigte sich ein Acne-artiges Exanthem; die Spitze der Acne-Knötchen war gelblich; die kleinen Gruppen flossen zusammen und bildeten grössere Gruppen, die sich mit einer Kruste bedeckten; wurde diese Kruste entfernt, so sah man deutlich lange Papillen. Barlow glaubt mit Backer, dass das jugendliche Alter für das schnelle Auftreten des Exanthems nicht unwesentlich sei, denn er hatte das gleiche Exanthem bei einem 6monatlichen Kinde zu beobachten, dem er Brom-Ammonium in kleinen Dosen gegeben hatte.

Pilz (Stettin).

Mac Cormac. A case of Taliacotian rhinoplasty.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 841. Lond. Clinic. Soc.)

Verf. stellte ein 16jähriges Mädchen vor, die er nach vorstehender Methode erfolgreich operirt hat. Sie hatte im Kindesalter die Nasenflügel und die Nasenspitze durch zur Heilung eines Naevus angewandte Injectionen verloren. Durch einen zweckmässigen Stützapparat wurde der Arm am Kopfe befestigt erhalten; der Lappen aus der Innenseite des Vorderarms genommen reichte bis auf die Muskulatur und übertraf um $^2/_3$ seiner Grösse den zu deckenden Defect. Die rechte Nasenhälfte wurde nun angefrischt, der Lappen eingenäht. Nachdem feste Vereinigung in 3 Wochen erzielt war, wurde die breite Basis am Arme durchtrennt und in die wund gemachte linke Nasenseite der übrige Lappentheil eingenäht; die Form der Nase ist eine ausserordentlich gute.

Pilz (Stettin).

F. Treves. Anaemia treated by transfusion.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 833.)

Verf. machte bei einer 25jährigen, hochgradigst anämischen Frau, bei der eine Organ-Erkranknng nicht nachzuweisen war, nachdem die Anwendung von Roborantien im Stiche gelassen und sie schon bewusstlos mit sehr kleinem Pulse dalag, eine venöse Transfusion von 10 Unzen Menschenblut. Der Puls hob sich, die Athmung wurde tiefer, Pat. kam wieder zum Bewusstsein, um nach einer Stunde in ihren früheren Zustand zu verfallen. 4 Stunden nach der Operation trat der Tod ein.

Pilz (Stettin).

Bergmann. Die Schussverletzungen und Unterbindungen der Subclavia.

(Aus Vorlesungen über Kriegschirurgie.)

(St. Petersb. med. Wochenschr. 1877. No. 12—22.)

Verf. bespricht an der Hand der Erfahrungen aus den grossen Kriegen seit 1859 die Subclaviaverletzungen nach ihren directen und indirecten Gefahren und den Werth der therapeutischen Eingriffe sammt deren Schwierigkeiten. Er verbreitet sich ausserdem über die histologischen Vorgänge beim natürlichen und künstlichen Arterienverschluss nach Verletzungen, über die traumatischen Aneurysmen und deren Behandlung, den Nutzen der Continuitätsligatur etc. Für Feldlazarethe giebt er, wo der Lister'sche Verband nicht möglich ist, der offenen Wundbehandlung den unbedingten Vorzug. Das interessante Detail kann in Kürze nicht wiedergegeben werden. **Mögling** (Tübingen).

H. Hopkins. A case of sudden death after embolism of the axillar artery.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Vol. I. p. 797.)

Der durch Section nicht näher aufgeklärte Fall betraf einen Reconvalescenten von linkseitiger Pneumonie, der plötzlich hohe Athembeschwerden bekam und keine Macht mehr über den rechten Arm hatte. Der Arm war kühl, ohne Puls am Hand-, am Ellenbogen- und am Schultergelenk; die rechte Carotis pulsirte gut. Pat. war sehr unruhig, erschien erschöpft, das Abdomen aufgetrieben, aber schmerzlos; Embolie der Art. axill. Zwei Tage später war die Circulation in dem normal warmen Arme wieder hergestellt. Am Herzen beide Töne rein. An demselben Nachmittag erfolgte plötzlich ohne Krämpfe der Tod. (Section?)

Pilz (Stettin).

Duménil. Ossification de la muqueuse du sinus maxillaire.

(Bulletin de la société de chirurgie 1877. No. 6. Séance du 7. juin.)

D. demonstrirt ein Präparat vom rechten Oberkiefer eines Soldaten, der lange an Eiterung des Sinus maxillaris gelitten hatte. Das Gaumengewölbe der rechten Seite war etwas herabgedrängt und nach aussen gegen die Wange des Kiefers etwas vorspringend. D. hatte die Perforation gemacht und wollte die kranke Mucosa mit Injectionen behandeln — da starb Pat. in Folge von Variola.

Bei der Section fand sich die obere Wand des Sinus maxillar. grösstentheils zerstört und über den restirenden Knochenlamellen sah man einen knöchernen, höckerigen, theilweise elfenbeinharten Tumor. Er war von den Wänden des Sinus getrennt durch eine Membran, die ihn ganz isolirte; dies war die Mucosa des Sinus, verdickt und theilweise ossificirt.

Tillaux bemerkt, dass der Fall zu keinem der beschriebenen Fälle von Exostosen des Sinus passe; es sei eine wahre Cyste des Sinus maxill., deren Hülle ossificirt sei. Houël und Forget theilen diese Anschauung, wonach hier eine vereiterte Cyste des Sinus maxillar. vorliege mit peripherer Ossification, wie solche Beispiele vom oberen Tibia-Ende bekannt seien.

Fr. Steiner (Wien).

Kolaczek. Ein cystisches Adenom des Unterkiefers entstanden nach dem Typus der fötalen Bildung von Schleimdrüsen.

(Arch. f. klin. Chir. 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

Bei einem 28jährigen Bauermädchen entwickelte sich im Verlaufe von 8 Jahren in der linken Unterkieferhälfte eine Geschwulst von 16 Ctm. Länge, 12 Ctm. Breite, 38 Ctm. Umfang im mittleren Theile, von im Ganzen eiförmiger Gestalt. Der Tumor wurde durch Exarticulation der betreffenden Unterkieferhälfte entfernt. Er war überall durch eine Kapselmembran, von dem umliegenden Gewebe getrennt. — In der Tumormasse, welche sich im Allgemeinen elastisch derb anfühlte, fanden sich Cysten verschiedener Grösse;

vielfach waren in sein Stroma Knochenpartikel bis zu 1 Ctm. dicken Stücken eingelagert. Die Cysten, deren grösste Wallnussgrösse erreichten, enthielten zähen graugelblichen Schleim. — Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Adenom mit cystischer Degeneration handelte. Nachdem Verf. den Nachweis des epithelialen Ursprungs der Geschwulst des Genaueren geführt hat und zwar, dass es sich um einen exquisit acinösen Tumor, dessen Acini mit einer einfachen Schicht cylindrischer Zellen ausgekleidet sind, handele, kommt er zu dem Schlusse, dass er nicht von praeexistenten, normalen Drüsen aus entstanden sei, sondern von einem Drüsengewebe, das aus der fötalen Zeit her zu einem normal physiologischen Abschluss noch nicht gekommen ist. Es ist demnach der ganze Tumor als ein angeborener anzusehen, der sich so latent entwickelt hat. **Maas** (Freiburg i/B.).

Swan. Fracture of the odontoid process.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Vol. I. p. 226.)

Ein 66jähriger Mann fiel in der Trunkenheit eine Treppe hinab und war auf der Stelle todt. Section; Blutextravasat auf dem rechten Seitenwandbein. Medulla spinal. direct unter der Medulla oblongata auf 1″ Länge in Brei umgewandelt. Kopf mit Atlas nach hinten dislocirt; Zahnfortsatz an der Basis abgebrochen, Lig. transv. intact; die hinteren Bänder zwischen Atlas und Epistropheus abgerissen, linkes Kapselband zwischen beiden Wirbeln ebenfalls zerrissen; vorn waren abgerissen die zwischen Occiput und Epistropheus befindlichen Bänder. Die vordere Fläche des Körpers des Atlas rauh, die Knorpel der oberen Gelenkflächen des 2. Wirbels leicht arrodirt, stellenweis fehlend; die spongiöse Masse des Zahnfortsatzes sehr porös, an der Peripherie verdünnt. Verf. meint, das Zusammentreffen der chronischen Arthritis und des Trauma erkläre die schwere Verletzung nach dem Fall. **Pilz** (Stettin).

Vanderpoel. Fracture of the odontoid process; prolongation of life for six and a half months.

(Arch. of clin. surg. Vol. II. p. 116.)

Dieser seltene Fall hat besonderes Interesse wegen der Länge der Zeit, welche Pat. nach der schweren Verletzung am Leben blieb; einen ähnlichen Fall berichtete W. Parker, in welchem das Leben 4 Monate erhalten blieb; gleichzeitig erwähnt er vier andere Beobachtungen.

Ein 21jähriger Mann fiel vom Wagen auf das Hinterhaupt; seitdem konnte er den Kopf weder beugen noch drehen und hatte heftige Schmerzen im Nacken. 14 Tage später im Krankenhause aufgenommen, zeigte er eine Difformität des Nackens, anscheinend war der 4. Halswirbel gebrochen und ein Fragment desselben nach rechts dislocirt. Im Laufe der Zeit wurden die heftigen Nackenschmerzen (Ungt. belladonnae) geringer, Pat. stand auf und verrichtete leichte Handarbeit im Krankensaal. 4 Tage vor dem Tode klagte er von Neuem über Nackenschmerzen; am Tage vor demselben traten die Schmerzen Vormittags in einzelnen Paroxysmen und rechtsseitige Hemiplegie mit ausgesprochener Anästhesie des rechten Armes auf. Nachmittag bestand Dysphagie und abdominelle Respiration; Pat. liegt auf der linken Seite; Blase und Mastdarm functioniren normal; Puls irregulär, 51, Respiration 32. Am folgenden Tage allgemeine Paralyse und Anästhesie; Cyanose; Athmung kaum merkbar; Abends Tod durch Apnoë. Section (die Wirbelsäule allein konnte untersucht werden): Querfractur des Proc. odont.; Lig. transvers. intact; durch die Caries des 2. Halswirbels war eine Meningitis hervorgerufen worden; die Difformität des Nackens lediglich durch Muskelcontractur gebildet. — **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 39. Sonnabend, den 29. September. 1877.

Ueber die Morphium-Chloroformnarkose.

Von

Prof. **König** (Göttingen).

Herr Dr. Hartwig hat in No. 32 dieses Blattes die combinirte Chloroform-Chloralhydratnarkose auf Grund von 8 Erfahrungen zur Prüfung empfohlen. Es ist hier nicht meine Absicht, das von ihm geübte Verfahren, welches allerdings nach den wenigen mitgetheilten Versuchen und ihren Ergebnissen noch sehr der Prüfung bedarf, zu widerrathen.

Dagegen sehe ich es als eine Pflicht an, für die Ehrenrettung eines anderen bereits in vielen Hunderten von Fällen erprobten und bewährten Verfahrens einzutreten, dessen Vorzüge so grosse sind, dass ich nicht möchte, es liesse sich einer oder der andre der jüngeren Fachgenossen durch die abfälligen Bemerkungen des Herrn Dr. Hartwig von der Application desselben abschrecken; ich meine die

Application des Chloroform combinirt mit endermatischer Verabreichung von Morphium. Ich sehe mich um so mehr veranlasst als Anwalt der Methode einzutreten, da dieselbe wohl zuerst — bereits vor Nussbaum's bezüglicher Mittheilung — in der Rostocker chirurgischen Klinik von Dr. Uterhardt, dem damaligen Assistenten, vorgeschlagen und vielfach versucht worden war.

Seit dieser Zeit habe ich mindestens in mehreren hunderten von Fällen nach bestimmten Indicationen die Morphiuminjection der Chloroformnarkose vorausgeschickt oder auch, falls sich im Lauf der Narkose die Indication herausstellte, noch eine Spritze Morphiumlösung geben lassen.

Was zunächst die Dosirung des Morphium anbelangt, so ist es selten nöthig, dass man über 2 Ctgr. hinausgeht. Meist wird nur 1 Ctgr. verabreicht und nur in einzelnen Fällen bis zu 3 gestiegen.

Die Indicationen, nach welchen auf meiner Klinik das Morphium dem Chloroform hinzugefügt wird, sind doppelte. Zunächst erhalten notorische Säufer in der Regel vor der Anwendung des Chloroform eine Spritze Morphiumlösung. Aber abgesehen von den notorischen Säufern zeigen doch auch noch eine ganze Anzahl von Individuen ähnliche Symptome bei Chloroforminhalation, welche darauf schliessen lassen, dass auch schon geringere Mengen von alkoholischen Getränken, wenn sie gewohnheitsgemäss genossen werden, eine ähnliche Reaction gegen die Chloroformnarkose herbeiführen können. Es würde mich zu weit führen, wenn ich hier begründen wollte, warum ich die spasmodischen Zustände wesentlich tonischer Art, den Opisthotonus u. s. w. ebenfalls in den meisten Fällen auf Rechnung eines leichten chronischen Alkoholismus bringe, es thut auch nichts zur Sache, es genügt, wenn man die fraglichen, die Narkose erschwerenden Zufälle, falls sie nicht sehr rasch vorübergehender Natur sind, als Indication für die Morphiumanwendung gelten lässt.

Die zweite Indication für die Morphiumspritze besteht in solchen Fällen, in welchen die vorzunehmende Operation derart ist, dass sie wenigstens bis zu ihrer Beendigung eine reguläre Narkose nicht zulässt.

Es handelt sich hier wesentlich um Gesichtsoperationen, Kieferresectionen, falls sie nicht mit Tamponkanüle ausgeführt werden, plastische Operationen und Geschwulstexstirpationen aus den Weichtheilen des Gesichts sind das Feld dieser Indication. Der Zweck der Morphiumindication ist klar. Man will über die Chloroformnarkose hinaus eine Analgesie durch das Morphium erzielen. Man thut in diesen Fällen gut, etwas mehr Morphium zu geben, am besten so, dass man während der Operation der ersten mit 1—2 Ctgrm. geladenen Spritze noch eine bis zwei nachschickt.

Man erreicht mit diesem Verfahren Ausgezeichnetes. Meist ist, das Verhalten der Operirten so, dass sie zwar nicht ganz bewusstlos

sondern nur benommen bleiben, dass sie aber Gefühlseindrücke nur in sehr unvollkommener Weise aufnehmen.

Wie steht es nun mit der Lebensgefahr der Methode? Ich habe bis jetzt das Glück gehabt unter meinen sämmtlichen Narkosen — es mögen deren nach sehr geringer Schätzung doch wohl gegen 7000 sein — keinen Kranken zu verlieren und somit auch keinen, dem vorher oder während der Dauer der Narkose Morphium injicirt worden war. Eine ganze Anzahl Narkotisirter, mit und ohne Morphium, haben aber allerdings schlimme Erscheinungen dargeboten. Das »blau« und »blass« werden rechne ich noch nicht einmal zu den schlimmsten. Uebrigens ist es mir auch physiologisch vorläufig noch undenkbar, wie die Wirkung eines Narkoticum, wenn sie von dem Arzt nicht gehörig controlirt wird, nicht gelegentlich auch einmal einen exitum necroticum herbeiführen könnte. Dass Kranke, welchen Morphium applicirt worden war, sich nach der Narkose wesentlich anders verhalten hätten, als solche ohne Morphium, abgesehen davon, dass sie den Morphiumschlaf ausschlafen, habe ich nicht beobachtet.

Ich bin überzeugt, ich befinde mich in Uebereinstimmung mit einer ganzen Anzahl von Fachgenossen, wenn ich die combinirte Application von Morphium und Chloroform unter den angegebenen Indicationen auf Grund vielfältiger Erfahrung empfehle. Es versteht sich, was ich wiederholt bemerke, von selbst, dass damit das Experimentiren mit anderweitigen Mitteln, wie mit dem von Herrn Dr. Hartwig empfohlenen, nicht ausgeschlossen bleibt.

W. Filehne. Ueber die Vorgänge bei dem Lungenbrande und über den Einfluss verschiedener Arzneimittel auf denselben.

(Sitzungsberichte der phys.-med. Soc. zu Erlangen 1877. Juni 11.)

Für die Lungengangrän ist bekanntlich der brandige Zerfall des sonst so resistenten, elastischen Gewebes neben Erhaltenbleiben des Bindegewebsgerüstes charakteristisch. F. drängte sich hierbei die Vorstellung auf, es möchte sich bei diesem rapiden Zerfall um eine Fermentwirkung handeln, gewissermassen eine Art Verdauung, um so mehr, als Etzinger für das Pepsin und Kühne für das Trypsin (das eiweissspaltende Ferment des Pancreas) neuerdings dargethan haben, dass sie elastisches Gewebe in Lösung überführen. Entscheiden hierüber sollte folgende Versuchsreihe: Von den frisch entleerten, schwach alkalisch reagirenden Sputis zweier Patienten an Lungengangrän, sowie von den Glycerinextracten der Sputa wurden filtrirte und geeignet verdünnte Proben theils neutral belassen, theils durch Zusatz von 1—2 Tropfen HCl oder KHO sauer resp. alkalisch gemacht und in kleinen Kölben mit sorgfältig gereinigtem, elastischem Gewebe, mit kleinen Eiweisswürfeln und mit Sehnen vom Kaninchen der Blutwärme ausgesetzt. In gleicher Weise wurde verwendet das

Glycerinextract aus dem Inhalt der Brandhöhle (der Leiche) und die Exsudatflüssigkeit aus dem mit der Höhle communicirenden Pleuraraum, ferner zur Controle anderweitige Faulflüssigkeiten, endlich Glycerin und Wasser. In den Kölben, welche die Lungenbrandsputa oder deren Auszüge bei alkalischer Reaction enthielten, war das elastische Gewebe nach 1—4 Tagen gelöst, während es in allen übrigen Proben nach 2, ja selbst noch nach 5 Wochen intact gefunden wurde. Die rasche Lösung einer Fäulnisswirkung zuzuschreiben, ist durchaus unstatthaft, einmal, weil mit Glycerin hergestellte Extracte zur Verwendung gelangten und dann, weil in den anderen, rein putriden Flüssigkeiten die Lösung des Elastins nicht zu Stande kam. Vielmehr handelt es sich um eine reine Fermentwirkung, die, wie der Versuch mit dem der Leiche entnommenen Brandhöhleninhalt und dem pleuritischen Exsudat zeigen, gerade durch die Fäulniss zerstört wird. Ebenso lösten die Sputa bei alkalischer Reaction die Eiweisswürfel wenigstens theilweise, dagegen waren Sehnen und überhaupt leimgebende Substanz noch nach 14 Tagen ungelöst.

Wirksam erwiesen sich für die Hemmung dieser »Verdauung« des Elastins 1) Salzsäure in sehr schwacher Concentration (s. oben), 2) Thymol, Salicylsäure, Carbol, 3) Terpentinöl, 4) Chininsulphat. Der antifermentative Einfluss der Säuren wird dadurch mehr als zweifelhaft, dass es kaum gelingen möchte, vermittelst Inhalation derselben die erkrankte Lungenpartie dauernd sauer reagiren zu machen, auch von Terpentin und Chinin dürften schwerlich genügende Mengen direct auf die erkrankte Stelle gebracht werden können. Da nun aber die Erfahrung lehrt, dass gerade die Brandhöhlen zu rascher und vollständiger Heilung tendiren, sobald der locale Zerstörungsprocess zum Stillstand kommt, so schlägt F. vor, bei oberflächlich gelegenen und durch die physikalische Untersuchung genau localisirbaren Brandhöhlen »durch Einstich-Injection die den Verdauungsvorgang hemmenden Flüssigkeiten direct in die Brandhöhle zu bringen«.

J. Munk (Berlin).

M. Jaffe. Ueber die Ausscheidung des Indicans unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen.

(Virch. Arch. Bd. LXX. p. 72.)

Aus der Arbeit J.'s heben wir mit Uebergehung der Beschreibung der Methode der Untersuchung auf Indican, der Besprechung seines Ursprungs, die chirurgisch interessanten Mittheilungen über die Indicanausscheidung bei Ileus und bei Peritonitis hervor. Krankheitsprocesse irgend welcher Art, welche die Fortbewegung der Contenta im Dünndarm aufheben, haben einen beträchtlich vermehrten Indicangehalt des Urins zur Folge. Eine Ausnahme findet nur statt, wenn der Darmverschluss zu kurze Zeit bestanden hat, wenn bei dem Auftreten des Darmverschlusses der Inhalt des Dünndarms frei von N-haltigen Nahrungsresiduen war, was beim Menschen wohl nie der

Fall sein wird. — Bei acuter diffuser Peritonitis ist der Indigogehalt des Urins ebenfalls im hohen Grad vermehrt, wahrscheinlich aus demselben Grund, wie bei der Darmverschliessung. Bei experimentellen Verschlüssen des Dickdarms bei Hunden findet sich meistens keine Vermehrung, eher eine Verminderung des Indicans. Ueber die Beschaffenheit des Urins durch Occlusion des Dickdarms beim Menschen fehlen die Erfahrungen. Zur genauen Schätzung der Indicanmengen bedarf man übrigens der quantitativen Bestimmung. Der Indigogehalt des normalen Menschenharns schwankt zwischen 5—20 Milligr. pro Tag, in schweren Fällen von Ileus und Peritonitis dagegen zwischen 50—150. Ob durch die Harnuntersuchung der Sitz eines Darmhindernisses ermittelt werden kann, ob durch sie festgestellt werden kann, ob am Dünndarm oder Dickdarm der primäre Krankheitsprocess gelegen ist, ist noch nicht zu entscheiden. Für den Hund liesse sich diese Möglichkeit bejahen. In einem Fall, der die sonstigen klinischen Symptome des Ileus, aber keinen abnormen Indicangehalt des Urins zeigt, wird sich mit vieler Wahrscheinlichkeit eine diffuse Peritonitis ausschliessen lassen.

Madelung (Bonn).

Fronmüller. Pilocarpin.

(Memorabilien 1877. p. 207.)

Verf., der vielfach Herba Jaborandi und jetzt das salzsaure Pilocarpin versucht hat, kommt zu dem Schlusse, dass Letzteres raschere, sichere und bestimmter ausgeprägte Wirkungen entfalte und die Sehkraft weniger in Mitleidenschaft ziehe. Die Angaben Weber's, Zaubzer's, Riegel's, Bardenhewer's, dass es weniger unangenehme Nebenwirkungen habe, konnte er nicht bestätigt finden. Er nimmt als Ursache die geringeren Dosen (0.02—0.03 grm.) jener Autoren an, während er bei der subcutanen Injection von 0.04 bis 0.06 das leichte Erbrechen, die Diarrhoe etc. als Heilwirkung gern mit in Kauf nimmt. Besonders werthvoll ist die Erfahrung, dass die Wirkung von Pilocarpium selbst in der grösseren Dosis jeden Augenblick durch Antidota (Atropin, Aconitin und Hyosciamin (zu 0,002, subcutan gegeben) aufgehoben werden könne.

Pilz (Stettin).

Bouwetsch. Zur Frage über die geographische Verbreitung des Glaucoms.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 13. p. 104.)

Während im westlichen Europa nach der Tabelle von Cohn etwa 9 Fälle von Glaucom auf 1000 Augenerkrankungen kommen, haben die Statistiken in Sacatow 25,9 pro mille, von Moskau 29,8, von Riga 22,9 ergeben. Nach den Tabellen im V. Jahrgang von Nagel's Jahresbericht kann für 17 nichtslavische Kliniken im Durch-

schnitt 8,4 pro mille berechnet werden, für 8 slavische dagegen 22,7, während andere Augenkrankheiten denselben Procentsatz in Russland haben. Die grössere Disposition der slavischen Völker für Glaucom steht somit nach des Verf. statistischen Berechnungen fest.

Mögling (Tübingen).

J. A. Nunneley. Cases of irideremia totalis.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 754.)

Unter vielen Tausend Augenkranken hat N. den gänzlichen Mangel der Iris nur 3 Mal gesehen. Das erste Mal sah er bei einem anderweitig Verletzten zufällig diese Abnormität; die Augen waren gleich, Cornea, Linse, Augeninneres normal, ebenso Accommodation und Sehvermögen; stenopäische Brille besserte Nichts.

Dasselbe Bild bot ein 8jähriger Knabe dar; im folgenden Jahre war aber die rechte Linse total getrübt. — Eine Schwester desselben zeigte 2 kleine weiche Bulbi mit dünner, träger Iris und mehr nasalwärts stehender Pupille; eine zweite Schwester bot die gleichen Abnormitäten dar; die Eltern waren gesund, ebenso wenig bestand bei anderen Familienmitgliedern eine Verbildung des Auges. Der 3. Fall betraf einen 12jährigen Knaben, der in den letzten Monaten eine schnell zunehmende Schwäche und Reizbarkeit der Augen zeigte. Sclera und Cornea normal, Trübung der Linsenkapsel und der rechten Linse; Iris nicht vorhanden. In einigen Jahren trübten sich beide Linsen vollständig; die versuchte Aussaugung misslang. Discision mit nachfolgender starker Quellung der Linsensubstanz und heftiger Reizung; schnelle Absorption; nachträgliche Extraction der Kapsel. Mit Convexlinse (4) kann Pat. gut sehen; stenopäische Apparate halfen gar nicht.

Pilz (Stettin).

Schuster und Sänger. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Nasensyphilis.

(Vierteljahrschrift für Derm. u. Syph. 1877. Hft. 1 u. 2. p. 46.)

Sch. theilt 15 Fälle von Syphilis der Nasenhöhle und deren Behandlung mit, welchen Mittheilungen parallel die Resultate der histologischen Untersuchungen von Dr. Sänger angegeben werden. Da letztere sehr ausführlich mitgetheilt werden, muss auf das Original verwiesen werden. Als bemerkenswerthes Resultat der combinirten Beobachtungen wird angegeben, dass die Knochen und Knorpel ursprünglich von Syphilis ergriffen werden und erst später die Schleimhaut consecutiv erkranken kann, während sonst der umgekehrte Weg nach der Ansicht mehrerer Autoren als der regelmässige angegeben wird; ferner, dass auch die operative Elimination von Infiltraten und polypösen Wucherungen, nekrotischen Knochen etc. Platz greifen

müsse, zu welchem Zweck unter Hinweis auf die Arbeiten von Schede und Volkmann der scharfe Löffel und energische Aetzungen empfohlen werden. **Kaposi** (Wien).

W. Süersen sen. Ueber Gaumendefecte.

(Separat-Abdruck aus dem von Dr. Robert Baume herausgegebenen »Lehrbuch der Zahnheilkunde«. Leipzig 1877. Verlag von **Arthur Felix.**)

In ausserordentlich klarer und lichtvoller Weise bespricht Verf. die, namentlich mit angeborenen Spaltbildungen im harten und weichen Gaumen verbundenen Sprachstörungen und entwickelt unter sorgfältiger Berücksichtigung der physiologischen Verhältnisse und Vorgänge die Grundsätze, nach denen ein guter Obturator construirt sein muss. Ein solcher kann nur dann seinen Zweck erreichen, wenn seine hintere Fläche gerade nur so nahe an die hintere Rachenwand hinanreicht, dass es dem Musculus constrictor pharyngis superior gelingt, durch seine Contraction und Vorwölbung, wobei er sich an die Gaumenplatte anlegt, den für gewisse Sprachlaute nothwendigen Abschluss der Nasen- von der Rachenhöhle zu bewirken. Der hintere Theil der Gaumenplatte muss ferner eine gewisse Dicke oder Höhe haben, damit die Reste des Velum an ihm ohne Hinderniss auf- und abgleiten können, er darf aber nicht so hoch hinaufreichen, dass er bis an die unteren Muscheln anstösst. Des Genaueren hierüber, sowie die hübsche Art, wie eine solche Gaumenplatte am besten modellirt wird, muss der Lectüre des Originals überlassen bleiben. Hervorgehoben aber muss noch werden, dass Verf. besonders betont, dass der Patient, auch im Besitze des besten und geeignetsten Ersatzes für den fehlenden weichen Gaumen, doch noch nicht im Stande ist, sofort deutlich zu sprechen; er muss noch selber etwas thun, das heisst sich die falschen Zungenbewegungen abgewöhnen, welche sich Patienten mit angeborenen Defecten des weichen Gaumens im Laufe der Jahre zur Erleichterung der Sprache angewöhnt haben.

Was das Alter anlangt, in dem eine Gaumenplatte angelegt werden kann, so hält Verf. im Allgemeinen das 9. bis 10. Jahr erst für geeignet dazu, weil früher die Backzähne, welche dem vorderen Theil der Platte als Stütze dienen müssen, nicht gehörig entwickelt sind. Doch ist es Verf. gelungen, auch einer älteren, ganz zahnlosen Dame eine solche Platte (nebst Gebiss) mit Erfolg zu appliciren. Verf., der bereits 243 Fälle in Behandlung gehabt, hat mit seinen Obturatoren so gute Resultate erzielt, dass in vielen Fällen Uneingeweihte keine Ahnung davon hatten, dass die betreffenden Patienten überhaupt krank seien, da ihre Sprache ganz normal geworden war. Dagegen ist es sicher, dass die bisher geübte Uranoplastik und Staphylorhaphie auf die Besserung der Sprache, wegen Spannung und narbiger Verkürzung des weichen Gaumens, meist nur wenig oder gar keinen Einfluss hatte.

In welchem Grade diese Uebelstände durch die neuerdings von Schönborn in Anregung gebrachte Staphyloplastik beseitigt werden können, bleibt abzuwarten. **A. Bidder** (Mannheim).

Schüller. Zur Lehre von den gleichzeitigen Verletzungen der Luftröhre und der Speiseröhre.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. VII. p. 295.)

Verf. fand in der Litteratur 48 Fälle von gleichzeitiger Verletzung der Luftröhre und der Speiseröhre; in 15 Fällen sass die Wunde zwischen Zungenbein und Schildknorpel, in 12 Fällen ging die Verletzung durch den Schildknorpel, 9 Mal lag sie zwischen Schild- und Ringknorpel, 4 Mal unterhalb des letzteren. 40 von diesen Verletzungen waren durch ein scharfes Werkzeug zugefügt (37 Mal bei einem Selbstmord-, 3 Mal bei einem Mordversuche), 8 durch Schuss.

In 5 Fällen waren die Luft- und Speiseröhre bis auf die Wirbelsäule durchtrennt, ohne gleichzeitige Verletzung der grossen Gefässe. 3 starben zwischen dem 3. und 11. Tage nach der Verletzung, 2 genasen. Von den Uebrigen starben 5, davon 1 nach Schussverletzung. Obwohl in allen Fällen bei Schlingversuchen öfter Speisen in die Luftröhre gelangten, wurden doch nur selten Pneumonien beobachtet. (Verf. stellte an Kaninchen Versuche mit Injectionen indifferenter Flüssigkeiten, namentlich von Milch, in die Trachea an, wobei in der Regel auch nur sehr rasch vorübergehende Störungen entstanden.)

Die Wunde im Oesophagus heilte meist in 8—14 Tagen, die in der Trachea brauchte weit länger. Meist wurde die Stimme später wieder normal. Gelegentlich blieb die Heilung aus, es kam zu Fistelbildungen.

Verf. beobachtete auf Hueter's Klinik einen Fall von Luft-Speiseröhren-Fistel, die bei einem 24jährigen Mädchen nach einem Selbstmordversuche zurückgeblieben war. Der Kehlkopf war zwischen Schild- und Ringknorpel durchtrennt, auseinandergewichen, sein oberer Theil narbig verschlossen. Hueter löste die Ränder der Oesophagusfistel aus der Narbe, stülpte sie etwas nach einwärts und vernähte sie, deckte dann die Wundfläche mit einem Hautlappen.

Den Verschluss des oberen Larynxstückes, der auch in anderen Fällen vorkam, erklärt Sch. dadurch, dass der am Schildknorpel bleibende Theil der Ringknorpelplatte durch die Muskulatur nach vorn gezogen werde, und so das Lumen des Kehlkopfs verlege.

In dem mitgetheilten Falle wurde der Verschluss des Kehlkopfs durchtrennt, und ein künstlicher Kehlkopf eingelegt. Die Pat. erstickte bald nach ihrer Entlassung an einem Bissen Fleisch, wodurch das Präparat in Sch.'s Hände kam. Die Beschreibung desselben, sowie die anderen Details s. im Original. **Gersuny** (Wien).

Chassagny. Du Cathétérisme oesophagien.

(Bull. de la Société de Chirugie de Paris. Tome III. 1877. Séance du 25. avril.)

Verf. ist der Ansicht, dass nicht allein bei mechanischen Verengerungen der Speiseröhre die spastische Contraction der Ringmuskulatur eine Hauptrolle mitspielt, sondern auch für sich allein lange Zeit bestehen und eine Verengerung der Speiseröhe verursachen kann. Bezüglich der Behandlung ist er ein Anhänger der forcirten Dehnung des Oesophagus in einer Sitzung mit steigend stärkeren Oliven. Die bisher gebräuchlichen runden Oliven haben jedoch zwei Nachtheile: einmal darf man eine gewisse Grösse nicht überschreiten, weil sie sonst zwischen Kehlkopf und Halswirbelsäule nicht passiren können, während das Maass der Dehnbarkeit des Oesophagus noch nicht erreicht ist, dann täuschen sie öfter am Ringknorpel, von dem sie beim Hinuntergleiten angehalten werden, eine Verengerung vor, oder umgekehrt, man glaubt den Ringknorpel als Widerstand zu fühlen, während wirklich eine Verengerung vorhanden ist. Der Kehlkopf ist so in seiner Stellung zur Wirbelsäule fixirt, dass er nur wenig von derselben abgedrängt werden kann und der Oesophagus beim Einführen stärkerer Oliven stets links vom Kehlkopf abweichen muss, um sich gehörig ausdehnen zu können. Um diese Mängel zu vermeiden, construirte Ch. abgeplattete Oliven, denen er noch grösseren Umfang geben konnte, als den gebräuchlichen runden, einmal, um sie ohne jeden Widerstand am Ringknorpel vorbeiführen zu können, dann auch, um den Oesophagus weiter zu dilatiren, als ihm mit den runden Oliven möglich gewesen war. Zwei Krankengeschichten illustriren die Erfolge, die er mit dieser Aenderung erzielte.

Da es ihm wünschenswerth schien, analog der Behandlung von Harnröhrenstricturen die Oliven mit ihrem grössten Umfange an der verengten Stelle liegen zu lassen, was bei der Kürze der gebräuchlichen Oliven nicht möglich ist, andererseits aber längere, starre Oliven wegen des Winkels, den Mund und Speiseröhre bilden, nicht eingeführt werden können, liess er Oliven fertigen, deren Mittelstück aus spiralig um einen abgeglatteten Stab gerollten Draht bestand, während an beiden Enden conische Spitzen befestigt wurden, die noch durch einen durch die Spirale laufenden festen Faden in ihrer Stelle gehalten wurden. Mit solcher biegsamen langen Olive konnte er den Eingang zur Speiseröhre überwinden und dieselbe dann längere Zeit an der Stelle der Verengerung liegen lassen.

Böters (Berlin).

Nicoladoni. Beitrag zur operativen Behandlung der Oesophagusdivertikel.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 25, 26 u. 27.)

Anknüpfend an einen Fall, in welchem nach Trinken von Lauge bei einem Kinde Strictur des Oesophagus und Divertikelbildung über der stricturirten Stelle entstanden war und wo die Oesophagotomie nöthig wurde, discutirt Verf. die einschlägigen Operationsmethoden

Die Divertikel selbst unterscheidet er je nachdem sie retrooesophageal sitzen oder an den übrigen Wandpartien und je nachdem sie mit deutlichem Halse vom Oesophagus abgestielt sind oder mit breiter Basis an ihm aufsitzen. Die Operation empfiehlt N. frühzeitig zu machen, ehe der Organismus durch Inanition seine Widerstandsfähigkeit verloren habe. Der erste Act der Operation fällt mit der Oesophagotomie zusammen, die man dort vornimmt, wo man nach Sondirung den Sitz des Divertikels vermuthet. Den Sack löst man aus seiner Umgebung los und darf ihn nur entfernen, wenn keine Verengerung unterhalb desselben vorhanden ist; ist dies jedoch der Fall, so muss man das Material dieses Schleimhautsackes gewissermassen plastisch verwerthen, damit die Haut- und Weichtheilwunde umsäumen und so eine schleimhautüberkleidete, lippenartige Oesophagusfistel bilden. Sonst entsteht leicht Infection der Halswunde, und die durch die geringe Ernährung geschwächten Patienten gehen leicht an eiterig-jauchiger Mediastinitis mit consecutiver Pleuritis zu Grunde. Später kann die Fistel durch Cauterisiren mittelst Ferrum candens zum Verschluss gebracht werden. **v. Mosengeil** (Bonn).

J. Israël. Angiectasie im Stromgebiete der A. tibialis antica. Beobachtung einiger bemerkenswerther Phaenomene nach Unterbindung der Art. femoralis.

(Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 1. p. 109.)

Bei der im Februar 1876 in das jüdische Krankenhaus zu Berlin aufgenommenen, 9jährigen Patientin zeigte sich am rechten Unterschenkel eine eigenthümliche, geschwürige Neubildung, welche als diffuse Angiectasie im Gebiete der A. tibialis antica, welche vermuthlich von einer Teleangiectasie ausgegangen war, diagnosticirt wurde. Sie erstreckte sich peripher bis an die Venenwurzeln. Die Veränderungen an den grossen zuführenden Gefässen, Femoralis und Iliaca, die Hypertrophie und Dilatation des Herzens, wurden als Folgezustände der erheblichen Widerstände aufgefasst, welche die Erkrankung des Unterschenkels der Circulation setzte. Die secundäre Natur der central gelegenen Gefässanomalien wurde durch die Rückbildung nach Amputation des Beins bewiesen. Auf den vermehrten Blutreichthum der Extremitäten mussten ferner zurückgeführt werden die spontan entstandene hartnäckige Ulceration, ferner das vermehrte Längenwachsthum des Unterschenkels.

Der Indication, die Blutzufuhr zu dem entarteten Gefässgebiete zu beschränken, suchte man zunächst durch häufige subcutane Ergotininjectionen gerecht zu werden. Als diese resultatlos blieben, machte man die Unterbindung der Art. femoralis. Doch hier stellte sich in der Angiectasie selber die Circulation bald wieder her; in den anderen Geweben des Unterschenkels blieb sie aus und es trat Gangrän ein. So machte man die Amputation des Oberschenkels, der dann Genesung folgte.

Die anatomische Untersuchung des amputirten Beines zeigte, dass relativ weite Venen aus abnormen Bluträumen ihren Ursprung nahmen, Bluträume, die wiederum mit Arterien in directer Verbindung standen.

Die weiteren Sectionsergebnisse des amputirten Beines stützten ferner die Annahme, dass die Hypertrophie des Herzens abhängig sei von der Veränderung der Circulationsverhältnisse. Denn die Gefässerkrankung wirkte modificirend auf die Blutvertheilung zunächst durch die vermehrte Capacität und Ueberfüllung der Blutbahnen des Unterschenkels, weiter durch die grossen Abnormitäten im Bau und der Elasticität der Gefässwände, endlich durch die weiten Communicationen zwischen Arterien und Venen. So gelang es durch einen chirurgischen Eingriff einem schweren Herzleiden Einhalt zu thun.

Während des Krankheitsverlaufes wurden noch einige eigenthümliche Erscheinungen beobachtet, nämlich zunächst ein Sinken der Pulsfrequenz und Irregulärwerden der Herzaction bei Compression der zur Angiectasie führenden Arterien. Diese Erscheinungen stimmen überein mit den von den Physiologen als Consequenz der Blutdrucksteigerung experimentell gefundenen Thatsachen.

Weiter wurde nach der Unterbindung der Art. fem. eine inspiratorische Anschwellung des angiectatischen Bezirks gefunden, wohl zurückzuführen auf die ad minimum erniedrigte Spannung des Bluts und seiner Gefässwände, sowie auf die anatomische Beschaffenheit der Angiectasie, in welcher weite intermediäre Bluträume von Geweben mangelhafter Elasticität begrenzt, die Stelle des höchst elastischen Capillarsystems vertreten. Nach der Unterbindung wurden ferner noch epileptiforme Anfälle beobachtet.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Risel. Ueber Radicalheilung von Varicen an den unteren Extremitäten und über Radicalheilung von Hernien.

(Correspondenzblatt des Vereins der Aerzte im Regierungsbezirk Merseburg und Herzogthum Anhalt 1876. October.)

R. hat bei Varicen der unteren Extremitäten die Excision der ectatischen Gefässe mit Erfolg geübt. Ausser der Excision der varicösen Aeste am Unterschenkel entfernte R. auch ein Stück aus dem Stamme der befallenen Hauptvene, um durch Herabsetzung des intravenösen Druckes die Bildung neuer Ectasien zu verhindern und so die Möglichkeit einer Radicalheilung zu geben. Nachdem durch einen um den Oberschenkel geschnürten Gummischlauch das ganze Gebiet der ectatischen Vene in Stauung versetzt ist, werden unter antiseptischen Cautelen zuerst die am Unterschenkel vorhandenen Varicen, zuletzt der Hauptstamm der Vene selbst durch vorsichtige Hautschnitte blossgelegt und sammt allen Seitenästen mit stumpfen Instrumenten vollkommen isolirt. Alle in der Wunde gelegenen grösseren Venen werden dann mit Catgut unterbunden, das abgebundene Gefässstück selbst mit Pincette und Scheere entfernt; Naht, antiseptischer Verband. Gewöhnlich waren es Stücke von 4—5 Ctm. Länge, die

excidirt wurden, nicht selten auch grössere. In keinem Falle (11 Fälle von Varicen bei 9 Kranken) war die mindeste Störung vor oder nach vollendeter Wundheilung bemerkbar (keine Oedeme im Ursprungsgebiet der Vena saphena). Nach 8 Tagen waren die Wunden unter dem antiseptischen Verbande meist so fest vernarbt, dass vorsichtiger Gebrauch der Extremität gestattet werden konnte. (Vergl. auch Schede, Ueber die operative Behandlung der Unterschenkelvaricen. Centralbl. f. Chir. p. 493.)

Ueber die definitiven Resultate kann R. noch nicht berichten, da die seit der Operation verflossene Zeit zu kurz war, auch die Gelege nhei fehlte, die Kranken wieder zu untersuchen. — Hartnäckige und vorher jeder Behandlung trotzende entzündliche und ulceröse Hautaffectionen gelangten nach der Operation schnell zur definitiven Heilung. Bei einem Feldaufseher, der neben Varicen mit einem schweren Eczem behaftet war, konnte R. 4 Monate nach der Operation bei stetem berufsmässigen Gebrauch der Extremität das unveränderte Bestehen des ursprünglichen, vollkommen günstigen Resultates constatiren. (Die Excision von Varicen ist übrigens auch von Thiersch bereits in derselben Weise ausgeführt worden. Ref.) —

Die Hernien, an welchen R. eine Radicalheilung versuchte, waren freie Scrotalhernien geringen Umfangs bei jüngeren Individuen, welche bereits sämmtlich zum Tragen eines Bruchbandes Veranlassung gegeben hatten. Der erste Versuch — möglichst lose Einstülpung des vom Samenstrang isolirten Fundus des Bruchsackes in den Bruchsackhals hinein und Befestigung daselbst mit 4 Catgutnähten — erwies sich erfolglos. In den 3 übrigen Fällen wurde der Bruchsack nach gehöriger Isolirung so weit eröffnet, dass der Zeigefinger bequem in seine Höhle eindringen und sich über die Leere derselben Gewissheit verschaffen konnte. Dann Anlegung einer nur locker angezogenen Catgutligatur möglichst hoch oben um den Bruchsackhals; die lockere Catgutligatur soll nur bezwecken, dass bei der nun folgenden Irrigation des Bruchsackes mit 5% Carbollösung das Eindringen der letzteren, sowie etwaiger Wundsecrete in die Bauchhöhle verhindert wird. Drain, Wundnaht, antiseptischer Verband. Günstiger Verlauf in allen Fällen. Ueber die definitiven Resultate kann R. auch hier noch nichts berichten, doch glaubt er nach den bisherigen Beobachtungen, dass die Incision und die Carbolirrigation zu festen, dauernden Verwachsungen nebst Schrumpfungen des Bruchsackes führen.

H. Tillmanns (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

O. Küstner. Ein bisher noch nicht praktisch verwerthetes Merkmal der Unreife eines Kindes.

(Centralbl. f. Gynäkologie 1877. No. 9.)

K. hat seine Aufmerksamkeit den weissen Puncten (weissen Comedonen) zugewandt, welche die Neugebornen auf der Nasenspitze mit zur Welt bringen. Die Untersuchung von 29 nicht ausgetragenen und 70 ausgetragenen Kindern

lehrte, dass sich ähnliche Folliculärectasien durch Secretpfröpfe auch an andern Stellen des Gesichts, auf den Wangen nach der Stirn zu und besonders stark auf Unterlippe und Kinn um so massenhafter entwickelt hatten, je früher ein Kind — etwa bis zur 30. Woche rückwärts — geboren war, während sie um so spärlicher vorhanden waren, je näher die Kinder dem normalen Termin standen. Bei dem ausgetragenen bedeckten sie etwa nur die Nasenspitze.

Löhlein (Berlin).

E. Küster. Ueber Wirbelluxation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 8 u. 9.)

Ein 58jähriger Mann wollte auf eine Leiter steigen, trat dabei durch eine lose Sprosse hindurch, überschlug sich rücklings und schlug aus einer Höhe von circa 12 Fuss mit dem Hinterkopf auf den Boden. Bewusstsein blieb erhalten. K. fand nach der Aufnahme in's Hospital (27 Stunden nach der Verletzung): Lähmung beider Beine (links konnten die Zehen etwas bewegt werden), Herabsetzung der Sensibilität, geringe Erhöhung der Reflexerregbarkeit. An den oberen Extremitäten sind die Extensoren sowohl am Oberarm, als am Vorderarm paretisch, ausserdem Schmerzen, besonders im rechten Arm. Die Inspirationsmuskeln der Brust sind fast völlig gelähmt, Respiration nahezu rein diaphragmatisch. Die Sensibilität auf Brust und Bauch ist ebenfalls herabgesetzt. Der Penis befand sich in halber Erection und blieb so Wochen lang. Kopf stark vornübergebeugt. Betastete man den Hals von hinten, so sah und fühlte man die Gegend des 5. Proc. spinos. stark eingesunken, keine Beweglichkeit an den dislocirten Theilen, im Pharynx Vorspringen eines Wirbelkörpers deutlich sichtbar. Die auffallende Beweglichkeit des Halses, die vorhandene Crepitation und der sehr ungleichmässige Vorsprung im Rachen (wie ein in Stücke zerbrochener Wirbelkörper) sprachen mehr für Fractur oder wenigstens für Luxation mit Fractur, als für eine reine Luxation. — Versuch einer allmäligen Reduction durch Gewichtsextension am Kopfe führte nur vorübergehende Besserung der Lähmung herbei. Weiterer Verlauf wie gewöhnlich bei derartigen Fällen; Tod 83 Tage nach der Verletzung; Section ergab: Cystitis, Pyelitis diphtheritica mit eitriger interstitieller Nephritis; geringer Decubitus; Medulla an der Compressionsstelle abgeplattet, Häute unzerrissen, im Sack der Dura Reste eines Blutextravasates. Mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks konnte nicht genügend vorgenommen werden. — Das getrocknete Knochenpräparat ergab das Bild einer Dislocation des 5. Halswirbels über den 6. nach vorn, wie es sich meist präsentirt. — Verf. empfiehlt bei Wirbelverletzungen, behufs Diagnose etc. die Chloroform-Narkose in ausgedehnterer Weise anzuwenden und Repositionsversuche selbst da zu versuchen, wo es sich möglicher Weise um Fractur handelt. (Die Raisonnements bezüglich der Reductionsfrage bei Wirbeldislocationen siehe im Original.) —

H. Tillmanns (Leipzig).

Nedopil. Sieben geheilte penetrirende Schussverletzungen des Thorax.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 18—20.)

Verf. theilt sieben Fälle von Schussverletzungen der Thoraxeingeweide durch kleinere Pistolenkugeln mit. Stets wurde eine modificirte Lister'sche Behandlung angewandt und Heilung der Verletzung erzielt. In einem Falle, in welchem tuberkulöse Diathese vorhanden war, trat 3 Monate nach der Verletzung der Tod in Folge von Tuberkulose ein, nachdem die Verletzung als solche geheilt war, aber, wie Verf. für wahrscheinlich hält, die schlummernde Tuberkulose geweckt hatte.

v. Mosengeil (Bonn).

Heck. Später Abgang eines Knochenstücks per anum nach einer Rippenschussfractur.

(Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1877. Hft. 8 u. 9.)

Sieben Jahre nach einer in der Schlacht von Wörth erlittenen Verwundung obengenannter Art verlor ein Invalide des letzten Krieges durch den Mastdarm ein Knochenstück, welches 3 Ctm. lang, 2 Ctm. breit und in maximo 3/4 Ctm. dick war. Aeussere Form und Textur hatten gar keine Aehnlichkeit mit einem nekrotischen Rippenstück. Dagegen liess sich bei der Palpation des Beckens am

rechten hinteren Darmbeinkamm, senkrecht unter der Ausgangsöffnung der Kugel, ein oberflächlicher Defect erkennen, welcher ungefähr dem abgegangenen Knochenstück entsprach.

Die Entstehung dieser Nekrose erklärt H. aus einer Theilung der Kugel beim Anprall an die direct getroffene Rippe. Doch liess sich das im Becken vermuthete Kugelstück durch die Palpation nicht auffinden. **A. Hiller** (Berlin).

J. D. Crowe. Case of penetrating gunshot-wound of the abdomen.

(Brit. med. Journal 1877. Vol. I. p. 675.)

Auf 5 Schritt Entfernung erhielt ein Soldat den Schuss einer sich zufällig entladenden Flinte eines Kameraden in den Bauch. An der linken Bauchseite, etwas über dem Nabel, waren im Umkreise von 5″ Breite und 6″ Länge etwa 160 Schrotkörner eingedrungen; die Mehrzahl konnten zerstreut unter den Bauchdecken gefühlt werden. Pat. war kühl, von heftigem Durste geplagt; der Puls klein, Blutung bestand nicht. Opium, Kataplasmen. Durch 4 Tage war Blut im Stuhlgange; am 5. Tage war der Leib gespannt, empfindlich, der Allgemeinzustand aber gut. Volle Genesung. Obwohl der Schuss in grosser Nähe traf, so ging in diesem Falle dennoch das Schrot sehr auseinander, weil zufällig der aufgesetzte Pfropfen nicht aus fester Masse, sondern aus weicher roher Wolle bestand.

Pils (Stettin).

Bechmann. Ein Fall von Kaiserschnitt wegen Carcinoma uteri.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 21.)

Zweifel (Erlangen) entband eine 37jährige Multipara, bei welcher ein Carcinoma cervicis fast das ganze kleine Becken ausfüllte, somit eine Geburt auf natürlichem Wege unmöglich machte, durch den Kaiserschnitt nach der Deleurye-schen Methode und zwar von einem reifen 6 Pfund schweren Kinde. Am 5. Tage erfolgte der Tod der Mutter; das Carcinom war im Wochenbett acut verjaucht und hatte so die Todesursache abgegeben. **v. Mosengeil** (Bonn).

Winternitz. Die Kühlsonde (Psychrophor), ein Mittel zur Heilung von Pollutionen, Spermatorrhoe, chronischer Gonorrhoe und verwandten Zuständen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 28.)

Das anatomische und pathologische Substrat für die genannten Leiden soll eine Herabsetzung der tonischen Spannung jener kleinen Muskeln bilden, die um die Ausmündung der Samenwege in die Harnröhre angeordnet sind. Als ätiologische Momente seien Onanie, Excesse in Venere, chronische Entzündungen der Harnröhre und gewisse allgemeine Schwächezustände anzusehen, wie sie in der Reconvalescenz nach schweren Erkrankungen, Blutverlusten etc. vorkommen. Hyperästhesien und Neuralgien der Urethra sind häufig dabei. Ultzmann's Sondirung mit dicken Metallsonden, wodurch die hyperämische Schleimhaut comprimirt wird, genügte häufig nicht zur Beseitigung des Uebels. Verf. wandte daher, um die anästhesirende Wirkung der Kälte mit der Sondirung zu verbinden, einen Katheter à double courant mit geschlossenen Augen an. Wasser von niederer Temperatur circulirt darin; die Erfolge sind zur Nachahmung auffordernd; beigegebene Beispiele von Krankengeschichten folgen. Die Application 10—15 Minuten, Wassertemperatur etwa 12°, anfangs etwas höher, später auch auf 10° sinkend.

v. Mosengeil (Bonn).

M. Bazy. Epididymite avec vaginalite; oedème des organes génitaux, de la partie supérieure et interne de la cuisse droite et du bassin; eschare du prépuce; guérison.

(Gaz. méd. de Paris 1877. No. 24.)

Bei einem 42jährigen Mann trat das in der Ueberschrift angegebene Krankheitsbild unter Fieber auf. Verf. führt es auf Venenthrombose im Gebiete der rechts-

seitigen Pudenda externoria, Obturata, Pudenda interna und des plexus pudendus zurück. Die Rectaluntersuchung ergab rechts und oberhalb der Prostata diffuse, teigige Schwellung. Ob die Thrombose das Primäre war, wagt B. nicht zu entscheiden. **Th. Kölliker** (Würzburg).

Albert. Beiträge zur operativen Chirurgie. (Fortsetzung.)
(Wiener med. Presse 1877. No. 20 ff.)

Einige Scrotaloperationen. 1. Ein 52jähriger, etwas geistesschwacher Mann, an Spermatorrhoë leidend, zeigt einen faustgrossen Tumor am oberen Pol des rechten Hodens, gegen den Leistencanal streng abgegrenzt. Nach einer Probepunction Radicalincision der mit Sperma gefüllten Cyste (wie bei der Hydrocele). Nach $1/2$ Jahre Recidiv. Exstirpation der Cyste unter Lister'schen Cautelen. Der äusserst dünnwandige Sack ist zum Theil zwischen die Gebilde des Samenstrangs eingebettet, mit der Scheidenhaut an einer Stelle fest verwachsen — die letztere wird excidirt und die Oeffnung durch feine Catgutnähte geschlossen; ausser der grossen wird eine zweite kleine spermahaltige Cyste aus dem Samenstrang ausgelöst. Der Listerverband wurde von dem Kranken zerstört und musste aufgegeben werden. Heilung unter Eiterung in 2 Monaten. Die innere Cystenwand hatte kein Epithel, stellenweise Pigmentablagerungen.

2. Bei einem jungen Manne exstirpirte A. eine faustgrosse, mit chocoladebrauner Flüssigkeit gefüllte, seit frühester Kindheit bestehende Cyste aus der linken Scrotalhälfte, welche mit dem Samenstrang und der Scheidenhaut locker verwachsen war. Parenchymatöse Nachblutung, durch Glüheisen gestillt. Offene Wundbehandlung, Heilung. Die 2 Ctm. dicke Cystenwand zeigte 3 bindegewebige, stellenweise verkalkte Schichten, an der inneren Fläche »eine fein moleculäre, netzförmig verbreitete Substanz, zahlreiche Fettkörnchenzellen zeigend«. Die Deutung dieser Cyste ist A. völlig räthselhaft; er hält sie für angeboren.

3. 10 Fälle von Hydrocele wurden mittelst des Radicalschnittes unter Lister-Verbande behandelt; einmal trat (wegen zu festem Anziehen des Verbandes) thalergrosse Gangrän der Scrotalhaut ein, die übrigen Fälle verliefen typisch. Bei einem Manne ist bereits Recidiv vorhanden, bei einem zweiten konnte während der Heilung Serumansammlung hinter dem Hoden constatirt werden.

Neuralgie des 3. Astes. Heilung. Ein 33jähriger Mann liess sich wegen Zahnschmerzen einen Zahn der linken Unterkieferhälfte ziehen. Darauf entstand eine hochgradige Kieferklemme und die Schmerzen steigerten sich. A. konnte für die erstere keinen anatomischen Grund finden, betrachtete sie als krampfhaft und beseitigte sie durch Dilatation fast vollständig. Einige Wochen später traten neuralgische Anfälle im Gebiete der linken Unterkiefer- und Zungenhälfte auf, die Kieferklemme stellte sich rasch her. A. machte die Resection des Nervus mandibularis sin. von hinten her, nach vorausgehender temporärer Resection des Unterkieferwinkels, der mit den Weichtheilen in die Höhe geklappt wurde (modificirtes Verfahren nach Bruns), Alles unter antiseptischen Cautelen. Der Spray verhinderte das Sichtbarwerden des Nerven in der Tiefe, derselbe wurde an der Lingula unter dem tastenden Finger durchschnitten und soweit als möglich zerstört. Keine Blutung. Knochennaht am Kiefer und Verschliessung der Wunde. Das Gebiet des Mandibularis war anästhetisch, allein die Anfälle dauerten fort und steigerten sich nach vorübergehender Erleichterung durch Tartarus stibiatus-Salbe; die Kiefersperre besserte sich. Nun unterband A. die Carotis communis sin.; einige schwächere Anfälle folgten, dann trat Heilung ein, die bereits über 1 Jahr Bestand hat.

Resection des Chopart'schen Gelenkes. Diese Operation führte A. wegen fungöser Caries bei einer 34jährigen Frau aus, indem er nach Eröffnung des Gelenkes durch einen Dorsalschnitt die Gelenkflächen mit der Säge abtrug und die Wunde durch Metall- und Catgutnähte vereinigte. Anfangs guter Verlauf, dann wucherten neue Fungusmassen hervor; die Caries war trotz wiederholter Auskratzung nicht zu begrenzen und es musste die supramalleoläre Amputation vorgenommen werden. Rasche Heilung. Die Sägeflächen des Chopart'schen Gelenkes

waren nicht vereinigt, rauh, missfarbig. A. hält die Resectionen in den Fusswurzelgelenken bei Caries trotz der gegenwärtig durch die Lister'sche Methode gebotenen Vortheile für wenig versprechend, weil es kaum jemals gelinge, der fungösen Wucherung, die an jener Stelle fast den Charakter einer recidivirenden, bösartigen Neubildung habe, Einhalt zu thun.

Exstirpation einer grossen Struma. Eine 26jährige Frau hatte ausser hochgradiger Dyspnoë auch bedeutende Schlingbeschwerden, bedingt durch eine zweifaustgrosse Struma, welche die Trachea stark nach rechts verdrängte. A. führte die vollständige Exstirpation derselben aus, nachdem er die Weichtheile über derselben in Form eines nach abwärts convexen Lappens zurückpräparirt hatte. Die Blutung war sehr mässig. Die Mm. sternothyreoideus und sternohyoideus dextr. mussten eingeschnitten werden; in 2 Stunden war die Auslösung der Geschwulst vollendet. Heilung unter Listerverband. Die Trachea wurde wieder vollständig gerade; eine Stimmbandlähmung verlor sich bald. A. plaidirt entschieden für frühe Operation bei Strumen, die Beschwerden machen; das absprechende Urtheil, das Linhart in seiner Operationslehre über die Exstirpation der Schilddrüse fällt, sei durchaus nicht gerechtfertigt.

Exstirpation eines Spindelzellen-Sarcoms vom weichen Gaumen. Die Geschwulst war bei einem 62jährigen Manne in $1/2$ Jahre so gross geworden, dass sie Sprechen und Schlingen fast unmöglich machte und ulcerirt. 2 Lymphdrüsen jederseits unter dem Kiefer geschwollen. Die Operation begann mit der Auslösung der Lymphdrüse links; von hier aus wurde die Carotis interna und ihr folgend die Carotis communis aufgesucht und ein Faden um sie gelegt, um eventuell das Gefäss ligiren zu können. Die Geschwulst wurde dann mit Messer und Scheere entfernt, ebenso die Drüse rechts, die Blutung mit dem Glüheisen gestillt. Der Faden um die Carotis blieb 7 Tage liegen. Heilung. Bis jetzt (über 1 Jahr nach der Operation) kein Recidiv.

Winiwarter (Wien).

Gosselin. De la recherche des craquement dans l'arthrite séche coxofemorale au début.

(Gaz. des Hôpitaux 1877. No. 56.)

G. macht darauf aufmerksam, dass man im Beginn der Arthritis deformans durch Auscultation des Gelenkes mit dem Stethoskop schon sehr deutliche Crepitationsgeräusche hören könne zu einer Zeit, wo dieselben mit dem blossen Ohr nur selten und schwach und mit der aufgelegten Hand noch gar nicht wahrnehmbar seien und legt auf dieses einzige objective Symptom sehr grossen Werth für die Diagnose der Anfangsstadien der Arthritis sicca des Hüftgelenkes. Es beweist eine Läsion der Knorpelflächen, wahrscheinlich auch bereits Osteophytwucherung um die Pfanne. **Winiwarter** (Wien).

Cabot. Incised wound of knee-joint.

(Bost. med. and surg. Journal 1877. Vol. I. p. 353.)

Der 17jähr. Pat. fiel in den Maschinenraum auf ein in seiner Hand befindliches Messer. Am inneren Rande der Kniescheibe bestand eine 2" lange bis ins Gelenk gehende Wunde. Auswaschung des Gelenks mit Carbolsäure, Eröffnung desselben an seiner tiefsten Stelle; Naht der ersten Wunde; Umschläge mit Carbolcompressen; Befestigung auf einer Resectionsschiene. Nach 14 Stunden Listerscher Verband, der am nächsten Morgen, da Schwellung des Gelenks und Fieber aufgetreten waren, mit feuchtem Carbolverbande vertauscht wird, nachdem man die Nähte gelöst und zersetztes Blut und Eiter herausgelassen hatte. Nach 5 Tagen bei normalem Wundverlauf bestanden nur oberflächlich granulirende Wundstellen Gelenk geschlossen. Nach 1 Monat war Pat. mit beweglichem Knie geheilt.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. v. Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 40. **Sonnabend, den 6. October.** **1877.**

F. Esmarch. Handbuch der kriegschirurgischen Technik. Eine gekrönte Preisschrift.

Hannover, C. **Rümpler,** 1877.

Das vorliegende, bekanntlich bei Gelegenheit der Wiener Weltausstellung von der Jury mit dem ersten Preise gekrönte Handbuch der kriegschirurgischen Technik erscheint erst jetzt, weil die Herstellung der zahlreichen Abbildungen viel Zeit und Arbeit erfordert hat. Verf. hat sich streng an die Bestimmungen der von Ihrer Majestät der deutschen Kaiserin gestellten Preisaufgabe gehalten: »in prägnanter Kürze durch eine Schilderung der verschiedenen Verbandmethoden und Verbände, wie der im Felde vorkommenden chirurgischen Operationen, den jetzigen Standpunct der kriegschirurgischen Technik so wiederzugeben, dass es zum unentbehrlichen Begleiter und praktischen Hülfsmittel für jeden Feldarzt werde«. In richtigster Er-

kenntniss der gestellten Aufgabe hat sich E. bei der Abfassung seines trefflichen Handbuches von dem Gedanken leiten lassen, die wichtigeren anatomischen Verhältnisse, Verbände, Operationen etc. durch möglichst viel Abbildungen mit kurzem Text wiederzugeben, um so am besten und schnellsten dem Gedächtniss des Feldarztes zu Hülfe zu kommen. Die anatomischen Abbildungen sind in vortrefflichster Weise geeignet, bezüglich des Operationsfeldes zu orientiren; sie sind zum Theil aus bekannten anatomischen Werken entlehnt, zum grösseren Theil aber Originale.

Der Inhalt des Werkes ist in der Weise gruppirt, dass in dem ersten Theile die Verbandlehre abgehandelt wird, während der zweite Theil die Operationslehre enthält. Die allgemeinen Regeln für die Behandlung der Wunden und Verletzungen, die Bedeckung der Wunden, das Reinigen der Wunden, die Anwendung der Kälte, der Occlusionsverband, die antiseptische Verbandmethode, die Vereinigung der Wunden, die Anlegung der Binden und der verschiedenen Verbände werden im ersten Theil des Buches »kurz und bündig« abgehandelt. Der zweite Theil, die Operationslehre, beschäftigt sich zunächst mit der Chloroformnarkose, mit der provisorischen und dauernden Blutstillung; die Regeln für die Unterbindung der einzelnen Arterien werden in prägnantester Kürze angegeben. Hieran schliesst sich die allgemeine und specielle kriegschirurgische Operationslehre. Kurze Angaben über Operationen bei künstlicher Beleuchtung und über Lagerung der Verwundeten bilden den Schluss. — Das vorliegende Handbuch E.'s wird den gehegten Erwartungen nach jeder Richtung in hohem Grade entsprechen, es wird in der That »zum unentbehrlichen Begleiter und praktischen Hülfsmittel für jeden Feldarzt werden«. Nicht minder eignet sich das Buch zum Unterricht für angehende Militärärzte, für Krankenpfleger, ferner als Wegweiser für die Organe der freiwilligen Krankenpflege bei der Anschaffung von Verbandgegenständen, Instrumenten etc., ferner bei der Herstellung von Lagerungsapparaten im Felde u. s. w. Dass der Verf. auch diesen Anforderungen gerecht geworden, sei hier noch ganz besonders betont. Endlich wird das »Handbuch der kriegschirurgischen Technik« selbstverständlich auch den praktischen Bedürfnissen der Friedens-Chirurgie in ausgezeichneter Weise dienen und besonders auch für den Unterricht bei Verband- und Operationscursen höchst willkommen sein.

H. Tillmanns (Leipzig).

Chr. Smith. Einige neue Transportmittel für Verwundete.

(Der Militärarzt 1877. No. 9—14.)

Verf. hat die zunächst für norwegische Soldaten unter norwegischen Verhältnissen erdachten und verwandten Einrichtungen geschildert, die aber auch an anderen Orten vielfach Nachahmung finden dürften. S.'s Schirmzeltbahre und seine Schirmzelthänge-

matte werden extemporirt; das von jedem gemeinen Soldaten auf dem Tornister getragene Schirmzelttuch (vierte Theil eines Zeltes) und zufällig gefundene Stangen oder Fichtenbäumchen geben das Herstellungsmaterial ab. Als zerlegbare Bahre, welche in das Feld mitgeführt wird, hat Verf. eine solche construirt, die wie die früher gebräuchliche Percy'sche, aus drei separaten Hauptheilen (ein Paar Stangen, ein Paar Querhölzern mit Füssen, einem Boden) besteht. Der Boden besteht aus Segeltuch, welches am Fussende Lederstrippen besitzt, die ein Verlängern gestatten müssen, da Segeltuch von 3 Ellen Länge beim Nasswerden sich um 3 Zoll verkürzt. Als viertes Transportmittel hat Verf. den Wagen für Verwundete aus dem Heuwagen der Bauern hergerichtet. Jeder Wagen kann zwei Bahren tragen, welche durch lange, federnde Holzstangen derartig getragen werden, dass Stösse und Erschütterungen in horizontaler und verticaler Richtung abgeschwächt werden. **v. Mosengeil** (Bonn).

Grossmann und **Mayerhausen.** Ueber das Leben von Bacterien in Gasen.

(Arch. für die gesammte Physiol. Bd. XV. p. 245—266.)

Die Verff. haben ihre Untersuchungen im physiologischen Laboratorium zu Utrecht unter der Leitung von Donders und Engelmann ausgeführt. Die benutzten Bacterien stammten theils aus animalischen (Frosch-), theils vegetabilischen (Heu-) Infusen. In diesen traten bei einer constanten Temperatur von 13° C. gewöhnlich schon nach 24 Stunden Bacterien auf, und zwar die ersten Formen als längere, stäbchenförmige Meso- oder Megabacterien. Ein Auswachsen dieser Formen wurde nicht beobachtet, wohl aber schien eine Verkleinerung der vorhandenen Individuen allmälig einzutreten, so dass nach einigen Tagen nur noch Mikrobacterien und später nur noch (runde) Micrococcen im Infus vorhanden waren. Die Beweglichkeit dieser Gebilde nahm allmälig zu und erreichte zwischen 3 bis 6 Tagen ihr Maximum. Sauerstoff wirkt zunächst immer bewegungsbeschleunigend und zwar in höherem Grade auf die jungen, als auf die älteren Formen. Wasserstoff wirkt ebenfalls beschleunigend, aber nur auf neuere Formen, während die Beweglichkeit älterer Formen im Gegentheil dadurch verlangsamt, ja ganz sistirt wird. CO_2-Ströme wirken nur, wenn sie ganz schwach sind, auf frische Bacterien excitirend, stärkere Ströme immer lähmend. Die grösste paralytische Wirkung auf alle Bacterienformen übt Ozon aus. Es ergiebt sich somit, dass die Gase (mit Ausnahme des Wasserstoffs) auf Bacterien die nämliche Wirkung ausüben, wie dies Engelmann für die Flimmerzellen bereits vor Jahren festgestellt hat. **J. Munk** (Berlin).

Guéniot. Grossesse et traumatisme considerés dans leurs rapports mutuels.

(Bulletin de la Société de Chirurgie 1876. No. 6 et 7.)

Le Fort. Grossesse et traumatisme dans leurs rapports mutuels.

(Bulletin de la Société de Chirurgie 1876. No. 6.)

Nachdem G. den Einfluss chirurgischer Erkrankungen und Eingriffe auf die Schwangerschaft bereits früher erörtert (cfr. Centralblatt für Chir. 1877. p. 436), geht er jetzt zur Beantwortung der zweiten Frage über: Welchen Einfluss hat die Schwangerschaft auf chirurgische Erkrankungen und Eingriffe. An der Hand eines casuistischen Materials von 150 meist schweren einschlägigen Fällen kommt er zu den nachfolgenden Schlüssen:

Die bis jetzt über die Frage vorliegende Casuistik berechtigt zu dem Schlusse, dass der Schwangerschaftszustand gar keinen schädlichen Einfluss auf die chirurgischen Erkrankungen und Eingriffe ausübe, so zwar, dass Contusionen und Wunden, Luxationen und Fracturen bei schwangeren Frauen keine höhere Mortalitätsziffer aufweisen als sonst; ebenso erfolgt die Heilung der Verletzungen in der gewöhnlichen Weise.

Diese Regel hat folgende Ausnahmen:

a) Wenn die chirurgische Erkrankung (der chirurgische Eingriff) die Genitalzone betrifft, so kann erstere durch die Schwangerschaft in ihrem Verlaufe verzögert oder complicirt, oder in ihrem Ausgange erschwert werden.

b) Dasselbe geschieht, wenn die Schwangerschaft über den 3. Monat hinaus ist, und die chirurgische Erkrankung die unteren Extremitäten oder eine Region betrifft, wo eine Gefässerkrankung vorhanden ist (Eintritt von Hämorrhagien, Erysipel, ulceröse Atonie, Gangrän etc. etc.).

c) Bezüglich der Fracturen hat die Schwangerschaft zuweilen einen verzögernden Einfluss auf die Bildung und Consolidirung des Callus.

d) In den Fällen von complicirter Gravidität — besonders, wenn die Complication von jenen ist, die einen Abortus zu begünstigen pflegen — werden chirurgische Erkrankungen leicht für den Eintritt des Abortus entscheidend und können bei gestörtem Verlauf des Wochenbettes natürlich eine ungünstige Rückwirkung erfahren.

Der Wochenbettzustand der Frau übt, entgegen der gewöhnlichen Anschauung, keinen störenden Einfluss, weder auf die Vernarbung der Wunden, noch auf die Consolidirung der Fracturen, vorausgesetzt, dass diese Verletzungen gleichzeitig mit der Schwangerschaft oder der Entbindung geschehen sind. Ausnahmen von dieser Regel finden statt bei Verletzungen der Genitalien, fieberhaften Zuständen, localen oder allgemeinen krankhaften Dispositionen.

Verletzungen, welche nach der Zeit der Entbindung stattgehabt

haben, scheinen dagegen schwere Complicationen zu bewirken, indem sie auf die physiologische Rückbildung der Organe störend einwirken. Daraus ergiebt sich auch die Regel, mit etwaigen chirurgischen Eingriffen, die nicht dringend sind, und die Genitalsphäre oder auch nur die unteren Extremitäten betreffen, bis auf 3—4 Monate nach der Entbindung zu warten.

Man kann sich erklären, dass die Schwangerschaft im Allgemeinen keinen schädlichen Einfluss auf die chirurgischen Erkrankungen (Eingriffe) ausübe, wenn man berücksichtigt,

a) dass es sich in den Fällen von normaler Schwangerschaft rein nur um physiologische Modificationen im Organismus handelt, und nicht um krankhafte, wie bei Scrophulose, Syphilis, Diabetes etc. etc.

b) Dass eine dieser Modificationen, welche die Schwangerschaft herbeiführt, in einer Blutüberfüllung besteht, welche die zum Wiederersatz der Gewebe nach etwaigen Verletzungen nothwendige plastische Kraft zu erhöhen vermag.

Dieser »gewebeerzeugenden« (sarcogénique) Eigenthümlichkeit der Schwangerschaft ist es auch zuzuschreiben, dass manche maligne Tumoren während dieser Zeitperiode in rapider Weise wachsen. Aus Allem geht hervor, dass die chirurgischen Wunden weit entfernt sind, während der Schwangerschaft Complicationen zu zeigen, wie gewöhnlich angenommen wird, und dass man, falls ein Tumor während dieser Zeit in drohender Weise wächst, viel eher zur Exstirpation desselben, eventuell zur Amputation sich entschliessen soll, als zur Einleitung der Frühgeburt. —

Verneuil hält die Anschauungen G.'s für zu optimistisch und nicht hinreichend durch die Erfahrung gestützt. Er berichtet einen Fall, in welchem nach Tracheotomie wegen Glottisödem am selben Abend Abort eintrat und einen anderen, in welchem die bestehende Schwangerschaft auf den Verlauf einer unbedeutenden Stichverletzung am Daumen einen üblen Einfluss auszuüben schien.

Ledentu schliesst sich der Ansicht G.'s, Tarnier der Verneuil's an, während Polaillon glaubt, dass zwar der Verlauf der chirurgischen Krankheiten durch die Schwangerschaft nicht gestört werde, wohl aber umgekehrt die chirurgischen Krankheiten auf die Schwangerschaft den übelsten Einfluss haben.

Le Fort erzählt einen Fall von Exstirpation eines nach zweimaliger Operation recidivirten Sarcoms der Mamma 1 Monat nach der Niederkunft. Wider Erwarten fanden sich noch Reste von milchsecernirendem Drüsengewebe, woraus Le Fort einen schlechten Verlauf prognosticirte. Sofort hohes Fieber, in der Nacht vom 3. zum 4. Tage Delirien, auf Brust, Rücken und Armen dunkelrothe, theilweise ecchymotische Flecken (angeblich kein Erysipel!). Tod am 6. Tage. Sectionsbefund negativ. — Nach Le Fort's Ansicht hat der puerperale Zustand den üblen Verlauf verschuldet.

Fr. Steiner (Wien).

Eschenburg. Die Sehnennaht.

Inaug.-Diss. Bonn. 1877.

Nach einleitenden historischen Bemerkungen über die Sehnennaht und Anführung der in der letzteren Zeit auf der bonner Klinik vorgekommenen Fälle von Tenorhaphie führt Verf. Experimente an, welche er an der Achillessehne von Kaninchen gemacht hat. Theilweise wurde die Sehne ganz durchschnitten und durch Catgutsuturen genäht, theilweise nur angeschnitten. Verf. kommt zu dem schon von König und anderen Autoren beobachteten Resultate, dass die Vereinigung der Sehnen-Enden mehr auf indirectem Wege zu Stande kommt, als durch directe Verklebung der gefässarmen Sehnenfläche; die Sehnenscheide spielt dabei eine grosse Rolle.

v. Mosengeil (Bonn).

O. Thelen. Ueber Rhinoplastik.

Cöln, **Rommerskirchen's** Buchhandlung (**J. Mellinghaus**) 1876.

Nach einer kurzen Kritik der verschiedenen Methoden der Rhinoplastik beschreibt Th. 2 von Bardenheuer im Bürgerhospitale zu Cöln ausgeführte plastische Nasenoperationen. Der erste Fall betraf eine Dame, welche durch Lupus den ganzen knorpligen Theil der Nase verloren hatte. Auch auf die Haut des knöchernen Nasenrückens war die Krankheit übergetreten und hatte hier nach ihrer Heilung strahlige Narben hinterlassen. Bardenheuer operirte in diesem Falle folgendermassen: das Septum bildete er aus 2 Lappen. Zur Unterfütterung nahm er ein Läppchen aus dem Nasenrücken schlug es nach unten um und fixirte es mit nach aussen gekehrter Wundfläche an den angefrischten Rest des alten Septums an der Oberlippe. Dann adaptirte er auf dieses Nasenläppchen ein entsprechendes Läppchen aus der linken Hälfte der Oberlippe. Die Verlängerung der Nase bildete er dann ebenfalls aus 2 Lappen. Zur Unterfütterung nahm er 2 Lappen, die durch einen bogenförmig quer über die Nase geführten Schnitt mit 2 senkrechten Endschnitten gewonnen wurden und durch den Defect des zuerst entnommenen Nasenläppchens von einander getrennt waren. Nach ihrer Lospräparirung bis in die Nähe des freien Nasenrandes wurden sie (mit ihrer Wundfläche nach aussen) nach unten umgeschlagen und hier an ihrer Basis über dem Septum, dann mit dessen freien seitlichen Rändern und an ihrer Spitze unter sich verbunden. Durch einen 2. höher oben geführten bogenförmigen Schnitt quer über die Nase wurde sodann ein Brückenlappen gebildet und dieser über die Wundflächen der beiden erwähnten Läppchen hinübergezogen. Der Erfolg war ein gelungener, besonders nachdem durch Keilexcisionen die Nasenflügel durch eine mehr einschneidende Furche von der Wange besser abgehoben waren. — Der 2. Fall betraf ein 18jähriges Mädchen; auch hier war der ganze knorpelige Theil der Nase verloren gegangen und der Nasenrücken war mit Narben besetzt. In diesem Falle wurde das Septum in

gleicher Weise aus 2 Lappen gebildet wie im ersten Falle, desgleichen der Nasenlappen zur Unterfütterung, auf welchen dann ein Stirnlappen gepflanzt wurde. In beiden Fällen wurden weit nach unten reichende, an ihrer Spitze schön prominirende Nasen erzielt.

H. Tillmanns (Leipzig).

Langenbuch. Eine eigenthümliche Nierenexstirpation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 24.)

Verf. beschreibt einen höchst interessanten mit Heilung endenden Fall von Exstirpation einer pathologisch veränderten Niere, welche für eine Geschwulst gehalten wurde. — Eine 32jährige blühende Frau litt seit $1^1/_2$ Jahren an starken Schmerzen in der linken Nierengegend. Bei Palpation ist daselbst eine bei Druck empfindliche, feste Geschwulst von 6—8 Ctm. Durchmesser zu fühlen, die anscheinend in oder ausserhalb der Lumbalmuskelschicht liegt, sich ziemlich umgreifen und etwas verschieben lässt. Die Haut darüber war völlig verschiebbar. Ein maligner Tumor wurde angenommen, dessen Ursprung aber nicht in der Niere gesucht wurde, da der Urin frei von abnormen Bestandtheilen war und der Tumor im Muskelgewebe zu sitzen schien. Die Exstirpation wird unter aseptischen Cautelen vorgenommen. Die Geschwulst ragt mit ihrer Kuppe in die oberen Muskelpartien hinein, ist mit den Muskelschichten durch Narbengewebe vielfach verlöthet. Besonders mit dem Fingernagel wird die weit in die Tiefe dringende Masse bis zu einem Strang verfolgt, der in Masse unterbunden wird, wonach vor der Ligatur der Tumor abgeschnitten wird. Plötzlich streift sich die Ligatur ab, aber die erwartete profuse Blutung bleibt aus, nur kleine Gefässe spritzen; ein Lumen, das einer Carotis hätte angehören können, entleert kein Blut, Bougies dringen 15 Ctm. weit in dasselbe ein, es gehört dem Ureter an. Die Geschwulst war die Niere, welche sich in ein narbiges Hohlgebilde verwandelt hatte. Die histologische Untersuchung ergab fettig degenerirtes Gewebe, dessen ursprüngliche Qualität sich nicht mehr erkennen liess; an der Peripherie fanden sich fibröse Elemente. Die Heilung erfolgte ziemlich schnell. — Ein indurativer Entzündungsprocess, welcher das Drüsenparenchym zum Schwunde gebracht, ist zur Erklärung des Sachverhaltes anzunehmen. Der abnorme Fundort des »Nierenknollens« ist schwieriger zu erklären. Analogien bieten überzählige und dislocirte Nieren, Elemente der foetalen Nierensubstanz, die sich abgeschnürt und in die Keimanlagen der Lumbalmuskelschichten verirrt haben etc. — Zum Schlusse fügt L. die Krankengeschichte eines Collegen bei, welcher täglich 10—16 Stunden bei sehr schlechten Wegen auf Wagen mit niedriger Rücklehne zubrachte. Schmerzen in der Nierengegend stellten sich ein, darauf durch Schüttelfrost eingeleitetes Fieber, blutiger sparsamer Urin, Eiter im Urin, Schmerz in der Blasengegend, bis plötzlich beim Uriniren sich etwa 300 Grm. dicken grünen Eiters entleerten und

Heilung des Leidens nach 8 monatlichem Bettlager eintrat. Eine fortdauernde Obstipation bestand daneben, die nur künstlich zu beseitigen war; plötzlich stellte sich Involvulus von 19 tägiger Dauer ein, dann Abstossung zweier Darmstücke und hierauf allmälig Heilung. Die Diagnose wurde in diesem Falle von Stromeyer auf Perinephritis mit eitrigem Ausgange, Durchbruch in das Nierenbecken, dann Senkung zwischen Blase und Rectum und Durchbruch in die Blase gestellt. — **v. Mosengeil** (Bonn).

K. Thornton. The causes and treatment of the fever so frequently following the operation of ovariotomy.

(Brit. méd. Journ; 1877. Vol. I. p. 667. Lond. med. chir. Soc.)

Mit Zugrundelegung von 25 Ovariotomien und der Erfahrung, die Th. als Assistent von Spencer-Wells gemacht hat, bemerkt er, dass ein leichtes Fieber 100—103° F. in der Regel der Operation folge. Dieses habe aber weder mit Peritonitis, noch mit Septikämie etwas zu thun, sondern hänge wahrscheinlich mit der Veränderung der Circulation und des Blutdruckes zusammen. Das beste Mittel zur Herabsetzung der Temperatur sei die Anwendung von Eiskappen auf den Kopf; bei regelrechter Anwendung bedürfe es nicht der Unterstützung von Blutentziehungen oder der Anwendung des Aconit. In der Discussion erklärt Spencer-Wells, dass die Haupt-Todesursache nach Ovariotomien das Fieber sei, dass er versucht habe durch kalte Umschläge, durch Eiscravatte dasselbe zu bekämpfen, dass ihm aber die Eiskappe die zweckmässigste Anwendung der Kälte zu sein scheine. **Pilz** (Stettin).

G. Leopold. Tubenschwangerschaft mit äusserer Ueberwanderung des Eies und consecutiver Haematocele retrouterina.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. X. p. 249.)

Eine 37 jährige Frau, die wochenlang die klinischen Erscheinungen der retrouterinen Haematocele bei einer dem 3. Schwangerschaftsmonat entsprechenden Vergrösserung des Uterus, aber keine Resistenz neben dem letzteren hatte erkennen lassen, verstarb unter den Symptomen allmäliger Thrombosirung der Art. pulmonalis.

Es fand sich das Corp. luteum verum am äusseren Ende des rechten Eierstocks, ein Fruchtsack mit dreimonatlichem Fötus am Abdominalende der linken Tube, der Zugang aus der Uterinhöhle zur linken Tube durch zwei und der zur rechten am Abdominalende verlötheten Tube durch einen ungefähr linsengrossen Schleimhautpolypen verlegt; ausserdem Torsion und velamentöse Insertion der Nabelschnur, Blutergüsse unter die Eihäute, Berstung des Fruchtsackes, Haematocele retrouterina; die Beckenhöhle war überdacht durch die quer über dem Beckeneingang liegende und mit dem Fundus uteri fest verlöthetete Flex. sigmoidea; endlich Lungeninfarcte und Embolie der Art. pulm. —

Aus dem mikroskopischen Befund der Uterinschleimhaut ist hervorzuheben die beträchtliche Erweiterung der Drüsen in der Mitte und besonders in der Tiefe, in Folge deren die Mucosa ebenso gitterartig durchbrochen und lamellös verändert erschien wie bei intrauteriner Schwangerschaft (Langhans.). Sie war deshalb auch durch leisen Zug von der Muscularis zu lösen.

Die theils runden, theils spindeligen Zellen des interglandulären Gewebes boten zahlreiche Bilder, welche die Entstehung der Deciduazellen aus den zarten Spindelzellen der Schleimhaut im nichtschwangern Zustand unzweideutig illustrirten. —

Die allenthalben unter der Oberfläche sichtbaren, erweiterten und strotzend mit Blut gefüllten Capillaren der Uterinschleimhaut zeigten auffallend spärliche Abzugswege in Gestalt sehr vereinzelter, senkrecht durch die Schleimhaut nach der Muscularis hin sich abzweigender Venen.

Die Tube der schwangeren Seite zeigte neben beträchtlicher Verdickung der Muscularis eine auffallend dünne Schleimhaut, in der sich nirgends Drüsen fanden. Eine Decidua reflexa war nicht zu beobachten, ebenso wenig an der Haftstelle eine regelmässige Schleimhautschicht als Dec. serotina. Die Zotten lagen daher hier zum grössten Theil lose der Muscularis an, einzelne aber hafteten mit ihren Endkolben fest in den inneren Muskellagen.

Löhlein (Berlin).

H. Smith. On incision of the cervix uteri.

(Obstetr. Journ. of Great Brit. and Irel. 1877. April. Bd. XLIX. p. 31.)

S. bespricht die Berechtigung der für diese Operation aufgestellten 6 Indicationen, ohne wesentlich Neues zu bringen. Obenan stellt er mit Recht Dysmenorrhoe wegen allgemeiner Enge des Cervicalcanals mit Endocervicitis (obstructive Dysmenorrhoe). Hier soll die Spaltung mit dem einklingigen Hysterotom oder mit Sims' Messer in der ganzen Länge vorgenommen und zur Offenhaltung mehrere Tage hindurch eine dicke Sonde eingeführt werden. — Bei Sterilitätsoperationen soll man sich hüten, den äusseren Muttermund nicht zu weit nach den Seiten zu spalten, damit er nicht durch sein Auseinanderklaffen die Fähigkeit verliere, das Sperma aufzusaugen. — Selten wird die Operation bei intrauterinen Polypen nothwendig. Hier soll man ganz besonders vor septischer Vergiftung auf der Hut sein. — Bei Gewebsverdickung nur einer Lippe soll diese durch die Incision der Behandlung zugänglicher gemacht werden. — Bei Anteflexion nützt die bilaterale Spaltung nichts. Hier muss man nach M. Sims erst die hintere Lippe discidiren und später den innern Muttermund nach vorn incidiren. — Intrauterine Fibroide endlich verlangen freie (?) Incision des Cervix. — Stets empfiehlt sich für die Incision das streng aseptische Verfahren. — **Löhlein** (Berlin).

Czerny. Ueber die Erfolge der Urethroplastik bei der Behandlung narbiger Penisfisteln.

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 1. p. 25.)

Die Arbeit enthält eine Zusammenstellung der verschiedenen Methoden der Urethroplastik, soweit diese Uebersicht aus der Litteratur, aus Mittheilungen anderer Collegen und aus eigenen Erfahrungen gegeben wird. Zu gleicher Zeit erlässt C. eine Aufforderung an die Collegen, womöglich zur weiteren Vervollständigung der Arbeit Beiträge zu liefern.

Es sind im Ganzen 82 Fälle mitgetheilt. Die Heilung erfolgte ohne directen Eingriff auf die Fistel in 7 Fällen. In 4 Fällen wurden Aetzungen gemacht; 27 Fälle durch die blutige Anfrischung und Naht behandelt, wobei wohl die lanzettenförmige Anfrischung und lineäre Vereinigung die besten Resultate gegeben hat. Weiter kam in 18 Fällen die Anfrischung und Naht nebst Entspannungsschnitten in Anwendung. Die so gebildeten Hautbrücken wurden in 11 Fällen von ihrer Unterlage gelöst, in 7 blieben sie mit der Unterlage in Verbindung. In 30 Fällen endlich kamen Plastiken mit Lappenbildung in Anwendung. In 1 Falle hatte C. durch einen rücklings gedrehten (umgeschlagenen) Lappen (mit Verdoppelung) ein gutes Resultat.

Unter sämmtlichen Fällen sind 19, die mit unvollständigem oder schlechtem Erfolge verzeichnet sind. Doch kann man hieraus keinen Rückschluss auf die Brauchbarkeit der einen oder anderen Methode ziehen, da wohl die grösste Zahl der Misserfolge nicht veröffentlicht ist.

Bei der genauen Besichtigung der Fälle ergiebt sich, dass auch für die Penisfisteln die für alle Plastiken geltenden Regeln streng eingehalten werden müssen, also: gutes, bewegliches Hautmaterial, ausgiebige Anfrischung u. s. f. Die lanzettförmige Anfrischung mit linearer Vereinigung kann selbst noch bei $3^1/_2$ Ctm. langen Fisteln den Verschluss herbeiführen. — Für die seitlich gedrehten Lappen empfiehlt es sich, granulirende Lappen zu benutzen. Nach der Ansicht mancher Chirurgen eignet sich die Scrotalhaut am besten für Lappenbildung.

Metallsuturen haben vor Seide den Vortheil, dass sie weniger zu Incrustationen mit Tripelphosphaten Veranlassung geben.

Der Verweilkatheter ist nur in denjenigen Fällen zu entbehren, wo man auf Heilung per primam verzichtet, da auch saurer Urin theils aus mechanischen, theils aus chemischen Ursachen die Heilung stören kann. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

M. Liebmann. Klinische Beobachtungen über Dammrupturen.

(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. I. Hft. 2. p. 393.)

Das Material stammt aus der geburtshülflichen Klinik zu Budapest. Unter 1114 Geburten wurden 170 Dammrupturen (15,2%) beobachtet, oder genauer 15,9%, wenn 50 Aborte abgerechnet werden;

davon 4,2% bei Pluriparen, 30,0% bei Primiparen. 36 Rupturen waren bis 1 Ctm., 78 bis 2, 33 bis 3 und 19 bis 4 Ctm. lang; gewöhnlich ging die Ruptur in die Muskulatur des Dammes hinein. Zerreissung des Sphincter ani kam nicht vor. 2 Fälle von Centralruptur werden genauer beschrieben. In beiden Fällen trat das Kind nicht durch die centrale Ruptur des Dammes durch. Disposition zum Dammriss giebt von Seiten der Mutter zu hohes Alter bei Primiparen. Als in der Mutter liegende Entstehungsursachen kommen ferner in Betracht: krankhafte Entartungen des Dammes, excessive Enge der Schamspalte, unruhiges Verhalten der Kreissenden, zu stürmische Wehen. In der Frucht liegende Ursachen sind besonders die Grössenverhältnisse des Kopfes. Verf. fand mit Hecker und Schultze häufiger Rupturen bei kleineren Schädeln. Auch er fand mit Hecker etwas häufiger Rupturen nach Geburten von Knaben. — Zum Dammschutz wurde 21 Mal die Episiotomie gemacht (gewöhnlich 1 Einschnitt 2 Ctm. lang), in $^2/_3$ der Fälle mit Erfolg. Auch der sog. Ritgen'sche Handgriff wird vom Verf. und gewiss mit Recht empfohlen.

Was endlich die Behandlung betrifft, so ist sehr interessant, dass man bei 36 Fällen die Naht anlegte, während 67 Risse mit Serres fines behandelt wurden. Bei letzterer Behandlung heilten vollständig 50,7%, theilweise 31,3%, nicht 17,9%, bei der Naht vollständig 41,7% theilweise 44,5%, nicht 13,8%. Verf. schliesst aus seinen Erfahrungen, dass die Naht bei grösseren Dammrissen, besonders den mit Scheidenrissen complicirten vorzuziehen sei, dagegen seien die Serres fines sehr zu empfehlen bei Dammrissen von geringerer Ausdehnung.

Benicke (Berlin).

Kotzmann. Beitrag zur Casuistik der Atresia ani et defectus recti.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 23 u. 24.)

Verf. discutirt den Werth der Operationsmethoden bei der in der Ueberschrift genannten Bildungshemmung, wobei er die Operation nach Callisen (künstliche Afterbildung in der linken Lendengegend) und nach Littré (in der linken Leistengegend) verwirft, wegen des für den Pat. entsetzlichen Zustandes, den sie bei selbst günstigstem Ausgang noch herbeiführen. Er befürwortet durchaus das Aufsuchen des blindsackförmigen Rectum von der natürlichen Mündungsstelle aus. Da die genannten Operationsmodificationen nur wegen der oft schwierigen Ausführung am richtigen Ort entstanden, ist Dlauhy's Vorschlag zu beachten, in der Linea alba oder der linken Leistenbeuge eventuell einen Hülfsschnitt anzulegen, um hier einen Finger in das Cavum abdominis einzuführen und von hier aus das Blindsackende mit suchen zu helfen. Bei antiseptischem Verfahren würde gewiss auch die Schwere dieses Eingriffs geringer zu schätzen sein. Eine Serie von 4 Fällen, die im letzten Jahre im St. Joseph's Kinder-

hospital in Wien zur Operation kamen, wird beschrieben. In einem Falle liess die Kleinheit und Configuration des Beckens auf den Defect des Rectum schliessen. Von den vier Kindern blieb nur eins am Leben, trotzdem überall ein Anus an richtiger Stelle angelegt worden war.

v. Mosengeil (Bonn).

W. Hack. Ueber die instrumentelle Erweiterung des Mastdarms zu operativen Zwecken.

(Arch. f. klin. Chir. 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

Verf. erhielt das Material zu der folgenden Arbeit nur zum geringen Theil in kurzen Notizen aus Simon's Feder, der grösste Theil wurde ihm durch mündliche Auseinandersetzungen, wohl die letzten, die Simon gegeben. — Obgleich Simon schon im Jahre 1865 eine hochgelegene Fistel des Septum rectovaginale durch den instrumentell erweiterten Mastdarm operirt und seitdem wiederholt auf diese Methode hingewiesen hat, ist dieselbe doch in gangbaren Lehrbüchern (Scanzoni, Veit u. A.) gar nicht erwähnt; nur Hegar bespricht sie kurz, giebt aber der Operation von der Scheide aus den unbedingten Vorzug.

Die Indicationen zur instrumentellen Mastdarmerweiterung geben zunächst alle auf die Mastdarmwandungen beschränkten pathologischen Veränderungen, ferner Fremdkörper, sei es zur Diagnose, sei es zu Operationen. Beim Manne sind ferner alle im Mastdarm gelegenen Fisteln auf diesem Wege zugänglich und operirbar. Beim Weibe sind zuerst die im oberen Drittel der Vagina gelegenen, unbeweglichen Mastdarm-Scheidenfisteln anzuführen; ferner im mittleren Drittel die unbeweglichen querverlaufenden Fisteln wegen der Schwierigkeit der Nahtanlegung. Längsverlaufende Fisteln dieses Vaginalabschnittes sowohl, als auch alle Fisteln des unteren Drittels sind von der Scheide aus gut zugänglich. Ausserdem sind noch die Fisteln zu erwähnen, bei denen Scheidenstenosen vor der Fistel bestehen; endlich die gewiss äusserst seltenen Blasenmastdarmfisteln bei Weibern, nach Scheidenatresien mit Fistelbildung an der atresirten Stelle. —

Die Ausführung der Operation geschieht nach sorgfältig gereinigtem Rectum in tiefer Chloroformnarkose. Die Pat. werden mit erhöhtem Gesäss in die Steissrückenlage gebracht, die Schenkel stark gegen den Unterleib gebeugt. Mit einem gut geölten Rinnenspeculum, das Simon bis zu einer Breite von 5—5½ Ctm. und einem Umfange von 15—17 Ctm. nahm, wird die hintere Rectalwand abgedrängt, dann die Seitenwände durch Scheidenhalter, der vorspringende Hautsaum am vorderen Analrande durch Doppelhäkchen oder durch ein plattenförmiges Speculum zurückgehalten. Auch für die Hinterwand benutzte Simon zuweilen eine breite Platte. — Um die hintere Mastdarmwand freizulegen, wird die Vorderwand durch eine breite Platte abgedrängt, die Seitenwände durch die Scheiden-

halter gedehnt, und der Sphincterenschnitt in der Raphe nach hinten gemacht, da ein Schnitt, welcher das untere, sich um das Steissbein herumschlagende Mastdarmende trifft, durch Verkürzung des Canals die in der Kreuzbeinhöhle gelegenen Theile sehr viel zugänglicher macht. — Die Anfrischung der Fistel geschieht mit Pincette und langgestieltem Messer und soll wenn möglich in der Querrichtung stattfinden. Die Naht wird mit feiner chinesischer Seide theils vermittelst des Simon'schen Nadelhalters angelegt, bei Querfisteln mit der von v. Langenbeck zur Gaumennaht angegebenen Nadel. Es ist ferner zweckmässig, Vereinigungs- und Entspannungsnähte anzulegen; die ersteren müssen in der Tiefe des Wundrandes mehr Substanz fassen, als an der Oberfläche, weil sich sonst die leicht bewegliche Mastdarmschleimhaut beim Knoten zwischen die Ränder legt. — Bei der Nachbehandlung gab Simon zuletzt stets jeden 2. Tag ein kräftiges Laxans; die Constipationsmethode erwies sich geradezu gefährlich. — Das Herausnehmen der Nähte wurde von der Scheide aus gemacht; die geringe Eiterung um den Faden hatte die Stichcanäle stets so erweitert, dass sie der Knoten passiren konnte. Die von Simon operirten Fälle bieten die beste Gewähr für die Zweckmässigkeit seiner Methode. Wir können sie hier nur kurz anführen. Der erste Fall betraf eine Person mit 2 kleinen Blasenscheiden- und einer grossen Mastdarmscheidenfistel. Die Rectovaginalfistel wurde erfolglos von der Scheide aus zu heilen gesucht, dagegen gelang die Heilung nach 2maliger Operation vom Mastdarm aus. Auch die Blasenscheidenfisteln wurden geheilt. — In einem zweiten Falle wurde bei einer 54jährigen Frau eine 1 Ctm. vom Muttermund entfernte, unbewegliche Rectovaginalfistel durch eine Operation geheilt. Der dritte Fall betraf eine Rectovaginalfistel, welche bei einer 32jährigen Frau im Typhus durch Perforation einer geschwürigen Stelle mit dem Ansatzrohr der Klystierspritze entstanden war. Die Fistel heilte nach der Operation vom Rectum aus bis auf stecknadelkopfgrosse Stellen zu, welche sich dann durch Aetzung schlossen. Im vierten Falle wurden bei einem Soldaten, der bei Gravelotte einen Schuss durch Blase und Mastdarm erhalten, zwei Fisteln geheilt. Simon heilte zuerst durch Anfrischung und Naht die an der hinteren Mastdarmwand gelegene Fistel; dann auch die Blasenmastdarmfistel. — Der fünfte Fall giebt für die Anwendbarkeit der Methode das beste Zeugniss. Die betreffende 22jährige Pat. litt an einer Blasenscheidenfistel; ausserdem bestand innerhalb einer atresirten Stelle der Vagina eine Communication zwischen Blase und Mastdarm. Nach Heilung der Blasenscheidenfistel gelang die Heilung der Mastdarmblasenfistel nach Einheilung eines Lappens der Blasenscheidenwand, in die vordere Mastdarmwand. Wir verweisen wegen dieses letzten, durch anschauliche Zeichnungen erläuterten Falles noch ganz besonders auf das Original. **Maas** (Freiburg i/B.).

Kleinere Mittheilungen.

Jahresbericht des Mariahilfer Ambulatoriums in Wien für 1876.

(Selbstverlag. 38 S.)

Dieser Bericht vergleicht die Frequenz im Jahre 1874 (2692), 1875 (6889) 1876 (8043) nach den einzelnen Monaten und giebt u. A. in einer ferneren Tabelle eine vollkommene Uebersicht aller Behandelten nach Geschlechtern geschieden in 18 Unterabtheilungen, von denen die Mehrzahl innerlich, No. 4 (Verletzungen) und 16 (Krankheiten der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Schleimbeutel) nur chirurgisch Kranke aufweisen. Mit Ausschluss der Operationen am Auge und Ohre (p. 25) wurden eine Anzahl kleinerer (z. B. 194 Incisionen, 15 Punction. hydroc. etc.) und mehrere grössere Operationen, letztere meist in der Wohnung der Kranken verrichtet. Von diesen seien besonders erwähnt:

1 Knochennath, 1 Herniotomie, 2 Necrotomien, die Anwendung der elastischen Ligatur bei Tum. cavern., bei fistul. ani und nod. hämorrh. — Verbände wurden 80 angelegt (häufig Leimverbände). Die Uebersichtstabellen über Alter, Wohnort und Beruf, ebenso der öconomische Bericht entbehren eines allgemeinen Interesses.

Pils (Stettin).

Waldenburg. Die Pulsuhr, ein Instrument zum Messen der Spannung, Füllung und Grösse des menschlichen Pulses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 17 und 18.)

Mittelst einer kleinen Pelotte, welche auf die Radialarterie eines unter dem Instrument festgelagerten Armes aufgesetzt wird, kann durch eine Stange hebelartig die Pulsbewegung fortgeleitet und vergrössert zur Anschauung gebracht werden. Ueber den Mechanismus, der zwei concentrisch sich drehende Zeiger bewegt, ist im Original nachzulesen, und bleibt nur noch hervorzuheben, dass W. ausser zur Beurtheilung pathologischer Zustände besonders experimentelle Untersuchungen über pharmacodynamische Wirkungen auf das Gefässsystem des lebenden Menschen vorzunehmen gedenkt, wozu das Instrument ein geeignetes Mittel abgeben soll.

v. Mosengeil (Bonn).

F. Mason. Recovery after taking eighty grains of emetic tartar.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 674.)

Aus Versehen gab ein Droguist einem über Unterleibsbeschwerden Klagenden eine zur Bereitung von Antimon-Wein dastehende Lösung von 80 Gran Tart. stib. Als man das Versehen erkannte, wurde Pat. sofort zurückgerufen, sogleich Acid. tann. und Galläpfeltinctur gereicht, neben starkem Kaffee. Nach der ersten Tasse Kaffee erfolgte Erbrechen, Pat. klagte nur über geringe Magenschmerzen. Mittelst der Magenpumpe wurde 1 St. nach dem Genusse 1/2 Pinte Milch eingeführt, aber sofort erbrochen. Decoct. Cinchon. Ruhe. Nachmittags heftiges häufiges Erbrechen, Krämpfe in den Beinen, Schlafneigung, Schweiss; Puls 118, klein, Abends Puls 90, voller. Vom folgenden Tage an hörte das Erbrechen auf, der Schmerz in der Magengegend war erträglich, es erfolgten einige Ausleerungen, Puls 72. Am 6. Tage nach dem Vorfalle war Pat. wieder arbeitsfähig.

Pils (Stettin).

A. Patterson. Three cases of hydrophobia in Glasgow.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 86. 122. 161.)

Es werden zuerst 3 Fälle von Hundswuth, die in der Western-Infirmary zur Beobachtung kamen, mitgetheilt, daran schliesst sich der von Coates gegebene mikroskopische Befund. Einen Viertel Zoll im Umkreise der Narbe erscheinen Fett- und Zellgewebe mit kleinen Rundzellen durchsetzt, stellenweis finden sich letztere sehr stark angehäuft. Im Nervensystem liegen in den perivasculären Räumen der mittleren Arterien dieselben Rundzellen in verschiedener Mächtigkeit, hier und da einzeln, an anderen Stellen einen dichten Mantel bildend. Diese Veränderungen wurden beobachtet über und unter der Mitte des Rückenmarks; im verlängerten Mark, der Brücke, den Hirnschenkeln und sparsam in den Hirn-

windungen. Ausserdem lagern Rundzellen in verschiedener Dichte um Ganglienzellen, so dass letztere bisweilen gänzlich umhüllt erscheinen. An den Nerven des Armes, der Hand und in der Nähe der Narbe waren Veränderungen nicht zu erkennen. Die hypothetischen Deductionen sind im Originale einzusehen.

Pilz (Stettin).

Colsmann. Ueber Neuritis migrans (sympathica) nach Enucleation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 12.)

Verf. hebt die Gefahren hervor, welche mit der jetzt so häufig behufs Sicherstellung des gesunden Auges vor sympathischer Entzündung vorgenommenen Exstirpation eines erblindeten Augapfels verknüpft sind. Tod ist öfter nach Enucleation erfolgt, sowie auch häufig in Folge der Operation das Auge, das man retten wollte, ernstlich gefährdet worden ist. Verf. theilt einen bezüglichen Fall mit, in welchem sich eine Neuritis optica am ganz gesunden Auge entwickelte, nachdem ein Paar Tage zuvor das durch traumatische Kerato-Iritis erblindete andere Auge, das sehr schmerzhaft gewesen, entfernt worden war. Verf. giebt die anatomischen Wege an, auf welchen die Entzündung weiter gehen kann, und hebt hervor, durch Sectionsbefunde und Krankengeschichten gestützt, dass zur Erzeugung einer centralen Affection durchaus nicht continuirliche Fortpflanzung der Entzündung nöthig sei, sondern dass dieselbe vielleicht häufiger durch sprungweise Verbreitung der Entzündung im Nerven erfolgt.

v. Mosengeil (Bonn).

Wharton. Trephining for depressed fracture of the skull causing epilepsy.

(Philad. med. Times 1877. No. 247.)

(Hospital of the University of Pennsylvania, service of Prof. Agnew.)

Ein Pat. von 20 Jahren hatte als Kind von 9 Jahren einen Hieb mit einem spitzen Hammer auf den Kopf bekommen. Es entstand eine Schädelfractur mit Depression in der sutura sagitt.; 2" hinter der sutur. coron.; momentan war nur kurzdauernde Bewusstlosigkeit aufgetreten und die Heilung ging bei Anwendung nasser Umschläge und bei innerlichem Gebrauch von Bromkali rasch von Statten. Nach 3 Jahren kamen Convulsionen, anfangs alle 2—3 Wochen 1 Mal, später öfter, und bei der Aufnahme im April 1876 15—20 Anfälle an 1 Tage. Zugleich hatten die Geistesfähigkeiten abgenommen. Es wurde trepanirt und man entfernte dabei alle alten Knochenfragmente; Dura mater unverletzt. Nach der Operation restringirte Diät, Calomel; auf die Wunde nasse Umschläge. 5 Tage später kleiner Anfall von Krämpfen (Bromkali). 1 Monat später 3 Anfälle an 1 Tage; es war Verhaltung von Eiter vorhanden; nach dessen Abfluss keine Convulsionen mehr. Geheilt entlassen Mitte Juli. Die höchste Temperatur während der Nachbehandlung war 38,5 am 2. Abend nach der Operation.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Gerdes. Totalexstirpation des Kehlkopfes, Tod am vierten Tage.

(Arch. f. klin. Chir. 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

Ein 76jähriger Landwirth litt seit mehreren Jahren an Heiserkeit, dazu gesellten sich im Mai 1876 Schlingbeschwerden und geringe Behinderung der Respiration. Bei dem sonst kräftigen Manne liess sich eine bösartige Neubildung des Kehlkopfs diagnosticiren. Als die Beschwerden zunahmen, entschloss sich der Pat. zur Operation. Am 10. Februar wurde die prophylaktische Tracheotomie gemacht, wobei aus den verknöcherten Trachealringen ein Stück herausgeschnitten werden musste. Die Operation war von hohem Fieber gefolgt; ausserdem blieb die Kanüle nicht liegen und wurde in der Folge ganz weggelassen. — Da die Athemnoth bei schnellem Wachsthum der Geschwulst dauernd stieg, entschloss sich G. am 30. März zur Operation. Nachdem in die erweiterte Fistel die Trendelenburg'sche Kanüle eingelegt war, wurde die Exstirpation des Kehlkopfs gemacht, da sich die Knorpel als miterkrankt erwiesen. — Die Ausschälung des Larynx geschah von oben nach unten. Pat. war bei der Operation, die eine

Stunde dauerte, in der vom Ref. empfohlenen Lage mit herabhängendem Oberkörper gelagert; nur 6 Ligaturen waren nöthig. In den Oesophagus wurde von der Wunde aus ein Gummirohr zur künstlichen Ernährung eingelegt. — Obgleich keine bedeutenden üblen Erscheinungen nach der Operation auftraten, starb der Pat. unter zunehmenden Collapserscheinungen am 4. Tage. — Der Tumor erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein Faserkrebs.

Maas (Freiburg i. Br.).

A. Corley. Fracture of the rings of the trachea.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 715.)

Eine 36jährige Frau wurde an dem Hals gepackt und gequetscht. Einige Wochen später kam sie wegen grosser Athemnoth und Cyanose des Gesichts in's Spital. Hier bemerkte man an dem vorderen, oberen Theile des gerötheten, ödematösen Halses eine oberflächliche Ulcerationsstelle; die laryngoskopische Untersuchung gab keine Aufklärung. Nach Ausführung der Tracheotomie starb die Kranke. Es zeigte sich, dass der 2., 3. und vielleicht 4. Tracheal-knorpel eingebrochen waren; die Enden erschienen nach Innen gerichtet. Die nekrotisirte Cart. cricoid. lag in einer Abscesshöhle. Die Art. pulmon. war beiderseitig in ihren Zweigen mit alten Gerinnseln verstopft.

Pils (Stettin).

Pereira-Guimares. Anévrysme de la carotide primitive gauche. Application de l'életricité sur la surface de la tumeur. Guérison.

(Gaz. des Hôpitaux 1877. No. 81.)

Ein 40jähriger Mulatte kam wegen eines hühnereigrossen Aneurysma der linken Carotis communis zur Aufnahme, zugleich an Schwindel und Ohrensausen leidend. Ein Eingriff wurde verweigert, bis die Geschwulst so gross geworden war, dass die Ligatur am centralen Ende gänzlich unausführbar schien. Der Tod des Individuums schien nahe bevorstehend. G. versuchte die Anwendung des faradischen Stromes, indem er die Electroden durch 10 Minuten lang auf die Oberfläche der aneurysmatischen Geschwulst aufsetzte und häufig mit den Berührungspuncten wechselte, was ziemlich schmerzhaft war und lebhafte Muskelcontractionen verursachte. Nach 7 Sitzungen (15 Tagen) wurde die Electricität verlassen, weil die Haut geröthet und entzündet erschien; die Geschwulst war auf $^2/_3$ verkleinert und härter. Trotzdem von nun an gar Nichts mehr vorgenommen wurde, besserte sich der Zustand fortwährend; nach 1 Monate hörten die Pulsationen auf und nach 2 Monaten war der Sack auf die Hälfte seiner Grösse reducirt, ganz hart. Trotz der harten Arbeit des Mannes (er trägt als Lastträger fast Alles auf dem Kopfe) konnte 1 Jahr nach der Entlassung die Schrumpfung des Aneurysma bis zu einem kaum nussgrossen harten Knoten und die vollkommene Heilung constatirt werden.

Winiwarter (Wien).

Heschl. Ueber Amyloidsubstanz im Herzfleisch und Endocardium.

(Wiener med. Wochenschr. 1877. No. 26.)

Seit der Entdeckung der Amyloiddegeneration im Bereich des Herzens hat Verf. bei Auftreten der Amyloidsubstanz in den Eingeweiden überhaupt auch das Herz selbst hierauf untersucht und etwa im dritten Theile dieser Fälle auch hier dieselbe nachgewiesen. Genauere, mit Verdauungsflüssigkeiten vorgenommene Untersuchungen ergaben wiederum, wie auch bei der Leber gefunden wurde, dass das gewöhnliche Bindegewebe durch eine, sich an seine Stelle drängende, chemisch anders constituirte, ungleich resistentere Substanz ersetzt wird, welche die Reactionen des Amyloid ergiebt. Besonders schön ist am Endocardium die Ausbreitung der Erkrankung in der Fläche und nach der Tiefe hin zu studiren.

v. Mosengeil (Bonn.)

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 41. **Sonnabend, den 13. October.** **1877.**

E. Ziegler. Untersuchungen über pathologische Bindegewebs- und Gefässneubildung. 100 S. Mit 7 lithograph. Tafeln.
Würzburg, **J. Staudinger**, 1876.

Die vorliegenden Untersuchungen schliessen sich eng an jene an, welche Verf. bereits früher unter dem Titel: »Experimentelle Untersuchungen über die Herkunft der Tuberkelelemente mit besonderer Berücksichtigung der Histogenese der Riesenzellen« veröffentlicht hat; auch verfolgte Z. in seinen neuen Untersuchungen denselben experimentellen Weg, wie vorher (cfr. Centralbl. f. Chirurgie 1874, p. 612). Z. passte nämlich 2 Glasplättchen (ein dickeres und ein Deckgläschen) auf einander und klebte dieselben an den Ecken mit Porzellankitt zusammen. So wurde ein leerer, von den Seiten zugänglicher capillarer Raum hergestellt, in welchen farblose Blutkörperchen und lymphatische Flüssigkeit eindringen konnten, nachdem die Glasplättchen bei den Versuchsthieren unter die Haut, das Periost oder in eine der Körperhöhlen gebracht worden waren.

Die Plättchen (10 — 20 Mm. lang, 10 Mm. breit) blieben bei den früheren Untersuchungen 10 — 25 Tage an der Operationsstelle liegen (am besten an der Innenseite des Oberschenkels nicht zu alter Hunde), wurden dann herausgenommen, leicht abgespült, in Ueberosmiumsäure (0,1%) 2 Tage gelegt und kamen dann in Spiritusglycerin und endlich in reines Glycerin. In den vorliegenden neuen Untersuchungen hat Z. sich lediglich mit dem Schicksale der eingewanderten Zellen von dem 25.—70. Tage beschäftigt. Die gegen früher unbedeutenden Abweichungen der Untersuchungsmethode beschränken sich auf Härtung, Färbung und Conservirung der erhaltenen Präparate (statt Ueberosmiumsäure Müller'sche Lösung und Chromsäure etc., cfr. Original). — Ausser diesem auf experimentellem Wege gewonnenen Untersuchungsmateriale untersuchte Z. auch gesunde und pathologische Granulationsbildungen. — Da die Mittheilungen des Verf. nach verschiedener Richtung hin das Interesse des Chirurgen in Anspruch nehmen — besonders z. B. mit Rücksicht auf den Process der Wundheilung — so sei eine etwas ausführlichere Wiedergabe der wichtigsten Ergebnisse gestattet. —

An gelungenen Präparaten (besonders vom 30. bis 50. Tage) ergab sich zunächst die interessante Thatsache, dass meist sämmtliche farblose Blutkörperchen als solche ganz verschwunden waren. Die vorgefundenen dicht angehäuften zelligen Elemente zeigten die Charaktere der epithelioiden Zellen und der Riesenzellen. Ausser diesen zelligen Elementen fanden sich Blutgefässe, reticulirtes und faseriges Gewebe in dem Capillarraum der Glasplättchen. Gewöhnlich war nur ein grösserer oder geringerer Abschnitt mit diesem lebensfähigen, vascularisirten grosszelligen Gewebe erfüllt, während der übrige Theil nur Flüssigkeit und Detritus enthielt. — Nach der vom Verf. gegebenen Beschreibung der Präparate und nach den beigefügten Abbildungen lässt sich der Entwicklungsgang der in die Capillarräume der Glasplättchen eingewanderten farblosen Blutzellen für die ersten 70 Tage folgendermassen zusammenfassen: Bald nach der Einwanderung vergrössert sich ein Theil der farblosen Blutkörperchen auf Kosten der benachbarten, indem sie deren Protoplasma sich aneignen. Gleichzeitig werden sie körniger und zeigen einen oder mehrere grosse bläschenförmige Kerne mit Kernkörperchen. Diese anfangs runden grossen Zellen nehmen später verschiedene Formen an. Es entstehen keulen-, spindel- und sternförmige Bildungen, sie schicken vermöge einer activen Fähigkeit, ihre Form zu ändern, lange Fortsätze aus, die sich untereinander zu einem Netzwerke verbinden. Nach einiger Zeit zeigen sich hier und da Gefässe an Stelle des ursprünglichen Zellnetzes, d. h. sie befolgen nach Z. jene Bahnen, die ihnen durch die ersten sich verbindenden Zellen gegeben sind (s. unten). Diese Gefässe vermehren sich, wahrscheinlich durch Canalisation von Zellsprossen. Unterdessen nimmt die Zahl der grossen ein- und mehrkernigen Zellen immer mehr zu, so dass sie dicht aneinander liegen, die kleinen dagegen verschwinden allmälig ganz. Zwischen

die grossen, unter einander durch Fortsätze verbundenen Zellen schieben sich immer neue ein u. s. w. Diese dicht beisammen liegenden grossen uud gekörnten Zellen sind die Bildungszellen des Bindegewebes, es bilden sich aus ihnen *durch Differenzirung des Protoplasma Fibrillen* (s. unten). — Nach diesen Befunden zwischen den Glasplättchen untersuchte Verf. *normale Granulationen*, um zu constatiren, ob hier ebenfalls jene meist von ausgewanderten farblosen Blutkörperchen abstammenden grosskernigen Zellen vorkommen und ob sie auch hier in bestimmter Vertheilung eine bestimmte Aufgabe zu erfüllen haben. Die hier erhaltenen Resultate stimmen im Wesentlichen mit den an den Plättchenpräparaten erhaltenen überein. Z. fand in ausgebildeten Granulationen 1) Rundzellen vom Charakter farbloser Blutzellen; 2) grössere, stärker granulirte, verschieden geformte Zellen mit grossem ovalem Kern mit Kernkörperchen; 3) Gefässe; 4) mit Gefässen sowohl, als mit einzelnen runden, ovalen, keulen- oder spindelförmigen Zellen im Zusammenhang stehende solide Fäden verschiedener Dicke, welche besonders in den nicht vascularisirten Theilen vorkommen. — Die Zellen in *fungösen* Granulationen sind gross, mehr oder weniger rund, verästelte Formen sind nach Z. seltner, als in gesunden Granulationen. Die Zahl und der Umfang der grossen Zellen ist auch in den oberen Partieen bedeutender, als bei normalen Granulationen. Sodann sind die Zellen mehr grobkörnig, enthalten oft Fetttröpfchen etc. Die gleichzeitig vorhandene mangelhafte Ausbildung des Gefässsystems dürfte nach Z. die hinfällige Qualität der zwar quantitativ stark ausgebildeten Zellen bedingen. —

In dem nun folgenden Capitel beschäftigt sich Z. ausführlich mit der *Entwicklung des Bindegewebes* resp. *Narbengewebes*, worauf dann eine Darstellung der *Gefässbildung* folgt. Verf. führt die Resultate weiter aus, wie sie für die Entstehung des Bindegewebes resp. für die Entwickelung des Narbengewebes aus Granulationsgewebe und für die Entwickelung der Gefässe bereits oben kurz skizzirt sind. Z. kommt bezüglich der Entwickelung der fibrillären Substanz des Narbengewebes zu derselben Ansicht, wie *Schwann* und M. *Schultze*, d. h. *die Bildung der fibrillären Substanz geschieht immer von Seiten der Zellen durch Differenzirung ihres Protoplasmas*. In der Intercellularsubstanz, soweit sie nicht als metamorphosirtes Zellprotoplasma aufzufassen ist, kommt nach Z. keine Fibrillenbildung vor. Die Bildungszellen des fibrillären Bindegewebes resp. Narbengewebes sind die oben erwähnten grossen Zellen, welche durch Verschmelzung farbloser ausgewanderter Blutkörperchen entstanden sind. Dieselben machen die oben angeführten Veränderungen durch, bilden Fortsätze, verbinden sich unter einander u. s. w. — *Die Bildung feiner Fasern von Seiten der Zellen erfolgt in verschiedener Weise*: bald entstehen die Fasern durch fibrilläre Zerspaltung der Enden einer langgestreckten Zelle, bald durch Abspaltung resp. Differenzirung der Breitseiten, bald durch beide Veränderungen zugleich. Die gebildeten Fibrillen sind meist ungetheilt und

verlaufen parallel, doch finden sich auch Zellen, die am Rande ein Büschel feiner sich verzweigender Fasern besitzen, während die entgegengesetzte Seite einen Schwanz parallel verlaufender Fasern trägt. An anderen Stellen erfolgt die Faserbildung nicht direct aus dem gekörnten Protoplasma, sondern erst nach vorhergegangener Bildung einer homogenen Substanz, die z. B. am Zellenrande allmälig auftritt. — Bei der Faserbildung gehen nun die Zellen nicht ganz zu Grunde, ein Theil des Protoplasma mit dem Kern bleibt als fixe platte Bindegewebszelle in bestimmter entsprechender Anordnung bestehen. — Die Gewebsbildung zwischen den Glasplättchen differirt von der in gesunden Granulationen nur insofern, als in ersteren die Entwicklung grösserer zusammenhängender Massen protoplasmatischen Bildungsmaterials sehr in den Vordergrund tritt. Hierdurch wird die Gewebsbildung nur stellenweise dahin modificirt, dass der zuweilen nicht mehr existirende Begriff einer Zelle erst wieder einzuführen versucht wird und so in den vielkernigen grossen Protoplasmamassen eine Differenzirung in Zellen und Zwischensubstanz auftritt. An den anderen Stellen beobachtete auch hier Z. den obigen Modus der Bindegewebsentwicklung sowie zahlreiche Uebergänge zwischen beiden Arten u. s. w. (siehe Original). — An manchen Stellen der Glasplättchen bildete sich auch neben dichterem fibrillärem Bindegewebe mehr lockeres reticulirtes Gewebe, ähnlich dem Reticulum der Lymphdrüsen. Es entsteht dadurch, dass die gekörnten Zellen sich durch Ausläufer verbinden und letztere später allmälig homogen werden. Z. glaubt, dass dieses Gewebe später auch in dichteres fibrilläres übergehen kann (z. B. durch Auftreten neuer Bildungszellen in den Lücken), dass es gleichsam nur ein Stadium der Gewebsbildung darstellt. — Was die sogen. Riesenzellen betrifft, so betrachtet Z. sie gleichsam als hypertrophische Bildungszellen, als eine angehäufte Masse bildungsfähigen Materials, welches unter günstigen Umständen sich weiter entwickelt (Gefässe, Bindegewebe), unter ungünstigen Verhältnissen aber (z. B. bei ungenügender Vascularisation) der regressiven Metamorphose (Verfettung, vacuoläre Degeneration etc.) verfällt. Es erscheint Z. jedoch fraglich, ob man die Riesenzellen in ihrer bekannten Form als wirkliche Zelle betrachten darf. — Ferner heben wir noch hervor, dass zwischen den Glasplättchen die Bindegewebszüge nach aussen, d. h. an der dem Glase zugekehrten Seite durch eine Lage endothelartiger platter dünner Zellen gedeckt sind; ob letztere auch sonst als zarte Häutchen über die Oberfläche der Fibrillenbündel ausgebreitet sind und sich untereinander verbinden, lässt Z. dahin gestellt. — Was die Betheiligung der fixen Bindegewebszellen an der Bildung des Bindegewebes betrifft, so ist dieselbe nach Verf. bezüglich der Entstehung des Bindegewebes zwischen den Plättchen auszuschliessen. —

Was die Gefässneubildung anlangt, so geschieht dieselbe nach Z., wie angeführt, zunächst durch Sprossenbildung. Die ursprünglich soliden Sprossen werden durch Aushöhlung in Gefässe

umgewandelt. Die Sprossen sind zu betrachten einmal als anfangs solide Zellfortsätze, die von den die Gefässwand constituirenden Zellen ausgehen. Wachsen die Sprossen von der Gefässwand aus, so ist die Art ihres Verlaufes kaum von einem mechanischen Einfluss (z. B. Strömungsrichtung) abhängig. Sodann entstehen sie zum Theil auch von den ausserhalb der Gefässwand gelegenen, von farblosen Blutkörperchen abstammenden Bildungszellen. Letztere bilden verschieden gestaltete Ausläufer, welche unter einander sowohl, als mit Gefässen oder deren Sprossen in Verbindung treten (intracelluläre Gefässbildung). Später werden nun die blutführenden Räume sehr bald dicht mit Zellen resp. Fasergewebe umgeben. — Die bekannten Kolben und zottenförmigen Bildungen (Granulationssprossen nach C. O. Weber) sind nach Z. das Product der Verbindung freier Zellen unter sich und mit der Gefässwand, mit Rücksicht auf letztere aber appositionelle Gebilde. Sie wandeln sich in Gefässe oder in Bindegewebe um. Auch die Riesenzellen werden wie erwähnt zur Gefässbildung verbraucht. Was die intercelluläre Gefässbildung anlangt, so will Verf. sie nicht direct ausschliessen, er beobachtete an Schnittpräparaten und an einzelnen Plättchenpräparaten Bilder, welche für eine intercelluläre Entstehung zu sprechen schienen. —

In den »Schlussbetrachtungen« vergleicht Verf. die anatomische Qualität gesunder und tuberculöser Granulationen; die Unterschiede zwischen beiden beruhen nicht in dem Auftreten besonderer Zellen, sondern sind auf quantitative und qualitative Abweichungen in der Bildung und Entwicklung der gewöhnlichen Zellformen zurückzuführen. Das Vorhandensein der in Granulationen vorkommenden gefässlosen runden Herde, d. h. Tuberkel, erklärt Z. aus ihrer Beziehung zu den Gefässen (ungenügende Ernährung), sie bilden eine gefässlose Insel zwischen vascularisirten Theilen.

Aehnlich sind die anatomischen Eigenthümlichkeiten anderer localer tuberculöser (superficiell oder interstitiell verlaufender) Entzündungen aufzufassen. In anderen Fällen ist das Tuberkelknötchen das Product einer Reizung (circumscripte Perivasculitiden). Hier ist das Knötchen als ein kleiner Entzündungsherd anzusehen, in welchem die zelligen Elemente in Folge der mangelhaften Vascularisation resp. Ernährung bald absterben, verkäsen, überhaupt in Folge mannigfaltiger Ursachen einen abnormen Entwicklungsgang einschlagen. —

Auch andere pathologische Producte sind nach Z. in eine nähere Beziehung zu den Wanderzellen zu setzen, z. B. die Sarcome, welche gleichsam als locale Gleichgewichtsstörungen zwischen Production und Verbrauch aufzufassen sind. Mangelhafte Abfuhr irgendwo sich anhäufender Zellen spielen nach Verf. bei der Sarcombildung eine Rolle (Mangel der Lymphgefässe). — **H. Tillmanns** (Leipzig).

A. Köhler. Ueber Thrombose und Transfusion, Eiter- und septische Infection und deren Beziehung zum Fibrinferment.

Inaug.-Diss. **Dorpat**, 1877. 134 S.

Verf. giebt in der sehr interessanten Arbeit neue Aufschlüsse über die Wirkung des nach A. Schmidt zur Blutgerinnung nothwendigen Fibrinferments im thierischen Organismus und über die Bildung dieses Fermentes bei septischen Processen. Verf. geht rein experimentell zu Werke. Zunächst erzielte er mit der Injection reiner Fermentlösung negative Resultate, die jedoch in der Annahme, dass die Blutgerinnung nur bei Gegenwart der fibrinoplastischen Substanz zu Stande kommt, ihre Erklärung fanden. Aus diesem Grunde nahm Verf. zu den weiteren, an Hunden und Katzen vorgenommenen Versuchen die nach Gerinnung des Blutes aus den Blutkuchen ausgepresste Flüssigkeit und benutzte hierzu entweder Rinderblut oder, um mit eigenartigem Blute zu experimentiren, das Blut des Versuchsthieres selbst.

Während nun das Fibrinferment allein nicht im Stande war Gerinnungen im Kreislaufe zu erzeugen, gelang dieses sehr wohl in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen mit jenem frischen defibrinirtem Rinderblute, welches die fibrinoplastische Substanz und einen bedeutenden Fermentgehalt besitzt. Die Thromben fanden sich im Herzen, den Pulmonalarterien und in der Cruralvene. Sie entstehen sofort, sind weder postmortale noch secundäre und von mechanischen Verhältnissen völlig unabhängig. Sie bilden sich nur unter dem Einflusse der fermentativen Kraft des Blutes, so dass, wenn letztere durch längere Berührung des defibrinirten Blutes mit der Luft bedeutend geschwächt ist, keine Gerinnungen mehr erfolgen.

Nur das fermenthaltige defibrinirte Blut kann diese Thromben erzeugen, niemals das direct übergeleitete fermentfreie. Mit Rücksicht darauf besitzt auch das durch Schlagen defibrinirte und häufig zur Transfusion beim Menschen benutzte fermenthaltige Blut die Eigenschaft, Gerinnungen in den Pulmonalarterien und in der Lunge und in Folge dessen hämorrhagische Processe zu erzeugen. Es thut dieses, seinem geringen Fermentgehalte entsprechend, nicht sehr häufig, bedingt aber jedenfalls unter Umständen augenblickliche und secundäre Gefahren.

Den Hauptsitz der Fermentwirkung verlegt K. in die Capillaren. Nach seiner Ansicht werden durch den langsameren Blutlauf in den Capillaren und durch die hier stattfindende innige Zumischung des Fermentblutes und auch vielleicht noch durch andere Umstände die allergünstigsten Bedingungen für den ungestörten und ausgiebigen Zusammentritt der Generatoren geschaffen.

Während die Lunge der Hauptsitz der Thromben ist, erzeugt das Fibrinferment auch in anderen Organen und zwar vorzugsweise in den Mesenterialdrüsen, im Darme, in der Schleimhaut der Ureteren und der Blase, multiple capilläre Thrombosirungen. Die Gerinnung

unter dem Einflusse des Fermentblutes kommt ganz vorzugsweise in den Capillaren derjenigen Organe zu Stande, in welchen physiologischer Weise eine besonders lebhafte Umsetzung des Blutes resp. der Blutkörperchen stattfindet.

Sowohl der pathologisch-anatomische Befund, als auch der ganze Verlauf bei der durch das Fermentblut im Körper bewirkten Infection bietet eine überraschende, bis ins Detail gehende Aehnlichkeit mit den durch künstliche putride Infection bewirkten Störungen. Verf. sucht nun der Frage nahe zu treten, ob und welcher Zusammenhang zwischen diesen beiden Processen bestehe und kommt zu folgenden auf Versuche begründeten Anschauungen:

Der septische Stoff bildet im kreisenden Blute, indem er die zelligen Blutelemente zerstört, neben vielen anderen Fermenten als erstes und wichtigstes das Fibrinferment und zugleich die fibrinoplastische Substanz und erzeugt hiermit die »Fibrinintoxication« mit all ihren Merkmalen. Diese Fermententwicklung unter Einfluss des putriden Stoffes geht im Blute fortwährend aber allmälig vor sich; daher scheint ausschliesslich nur Capillarthrombose gebildet zu werden, die jedoch allmälig an Zahl und Ausdehnung zunimmt. In Folge dieser septischen Infection wurden in verschiedenen Organen metastatische Flächenentzündungen beobachtet, so in den serösen Höhlen und in den Gelenken, zuweilen auch wirkliche Geschwüre im Darme. Für diese metastatischen Entzündungen sucht K. gegenüber der Annahme einer durch die septische Infection bewirkten »entzündlichen Disposition« die Erklärung in einer sehr multiplen Capillarthrombose und sucht seine Annahme dadurch zu stützen, dass es bisher experimentell noch niemals anders gelungen ist, eine künstliche entzündliche Metastase zu erzeugen, als durch Vermittelung von festen Körpern, d. h. Thromben die sich einkeilen und die Entzündung localisiren können.

Verf. theilt noch viele andere die Thrombose betreffenden Beobachtungen mit, auf die näher einzugehen hier unmöglich ist, und muss deshalb auf das Original verwiesen werden.

Stahl (Berlin).

O. Bollinger. Ueber eine neue Pilzkrankheit beim Rinde.

(Centralblatt für die med. Wissenschaft 1877. No. 27.)

Beim Rinde finden sich häufig Geschwulstbildungen, besonders im Vorder- und Hinterkiefer, wo sie eine ziemliche Grösse erreichen und zu Geschwürsbildung etc. Veranlassung geben können. Sie werden oft »Kiefersarcome« genannt, haben aber noch viele andere Namen. Sie bestehen aus altem und jungem, meist vielfach zerfallendem Granulationsgewebe und lassen in ihrem Inneren überall echte Pilze erkennen. Dieselben Pilze finden sich in zahlreichen knötchenförmigen Einlagerungen in der Rindszunge, welche eine ganz eigenthümliche Erkrankung derselben darstellen; diese Zungendegeneration ist ebenfalls mit verschiedenartigen Namen

(in Süddeutschland »Holzzungen«) belegt worden. Auch in den Lymphdrüsen der Zunge und des Halses kann man die Pilze entdecken. Endlich kommen sie auch regelmässig in besonderen geschwulstartigen Neubildungen vor, die in der Rachenhöhle, dem Kehlkopfe und in der Magenschleimhaut sitzen und eine für das Rind eigenthümliche Krankheit darstellen. Alle diese verschiedenen Geschwulstformen zeigen in ihrem Inneren einen spongiösen Bau und glaubt Verf. die Pilze in engsten Zusammenhang mit der Pathogenese der Geschwülste bringen zu müssen. Nach den Untersuchungen eines Botanikers, Dr. Harz, gehört dieser Pilz zu den Schimmelpilzen und wäre am besten mit »Actinomyces bovis« zu bezeichnen. Die durch ihn bewirkten Erkrankungen könne man unter der Bezeichnung »Actinomycose« zusammenfassen.

A. Bidder (Mannheim).

---

de Renzi. Sur le traitement du tétanos.

(Gaz. méd. de Paris 1877. No. 32.)

Als Therapie des Tetanus empfiehlt R. »absolute Ruhe«.

Versuche, die er mit Strychnin an Fröschen machte, ergaben:

1. Der Tetanus ist stärker bei Fröschen, die im Lichte leben als bei solchen, die im dunklen gehalten werden.

2. Die tetanischen Krämpfe entwickeln sich stärker und rascher bei Thieren, die stets in Bewegung sind, als bei ruhig bleibenden. Dieser mechanische Stimulus ist unter dem Einflusse des Lichtes stärker.

3. Kleine mit $^1/_{20}$ Mgrm. Strychnin vergiftete Frösche sterben schnell, wenn man sie stark rüttelt, aber sie können die Vergiftung überleben, wenn man sie absolut ruhig lässt.

Demnach lässt R. Tetanische in einem mit Teppichen belegten, vollständig dunklen Zimmer und verstopft ausserdem den äusseren Gehörgang mit Wachs; dabei müssen die Kranken möglichst ruhig liegen.

Nach diesen Vorschriften hat Verf. 4 an Tetanus Erkrankte behandelt; drei davon genasen (Strychninvergiftung, traumatischer und idiopathischer Tetanus). — **Th. Kölliker** (Würzburg).

H. Auspitz. Ueber die Excision der syphilitischen Initial-Sclerose.

(Vierteljahrschrift für Dermat. und Syph. 1877. Hft. 1. u. 2. p. 107.)

Bekanntlich sehen die Anhänger der deutschen Dualitätslehre in der Syphilis die Initial-Sclerose nicht als einen örtlichen Affect an, von welchem aus, durch Resorption des Giftes, erst nachträglich die Infection des Gesammtorganismus stattfinden kann. Sie betrachten vielmehr die Sclerose schon als ein Product, wenn auch das erste, der bereits vollzogenen Allgemeininfection. Von diesem Gesichts-

puncte hat es gar keinen Sinn die Sclerose operativ zu eliminiren, in der Hoffnung, damit die Quelle für eine Allgemeininfection zu beseitigen. Denn diese sei ja schon eo ipso vorhanden, wenn die Sclerose, die ja deren Product sein soll, zugegen ist.

Diese Ansicht wurde nicht wenig durch die Thatsache gestützt, dass in der überwiegenden Mehrzahl der bis jetzt bekannt gewordenen Excisionen von Sclerosen (und harten Schankergeschwüren) nachträglich die Sclerose an der Operationswunde sich neu bildete, oder auch ohne solche, schliesslich Allgemeinsyphilis aufgetreten ist.

Um so interessanter ist es, dass neuerdings A. im Verein mit Unna diese Operation in einer grösseren Zahl von Fällen ausgeführt und ein glänzendes Resultat in dem Sinne erhalten hat, dass von 33 operirten Fällen bei 18 die Narbe nach der Excision weich, und von diesen nach langer Beobachtung ganz sicher 14 vollkommen gesund geblieben sind. Wegen der weiteren Details muss auf das Original verwiesen werden.

Kaposi (Wien).

H. Auspitz und **P. Unna.** Die Anatomie der syphilitischen Initial-Sclerose.

(Vierteljahrschrift für Dermat. und Syph. 1877. Hft. 1. u. 2. p. 161, mit 4 Tafeln.

Verff. betonen die Beziehung der die Sclerose constituirenden entzündlichen Neubildung zu den Gefässen, wie dies schon von früheren Autoren hervorgehoben worden und beschreiben der Reihe nach die Veränderungen im Bindegewebe, die Vorgänge in der Epidermis und das Verhalten der Gefässe. Von ersteren wird besonders hervorgehoben eine wirkliche Sclerose der fibrillären Grundmasse der Lederhaut. Die epithelialen Veränderungen werden, wie Ref. scheint, zu ungebührlicher Wichtigkeit emporgeschraubt. Die Veränderungen der Gefässwandung sind die der Zellenproliferation — in Summa Erscheinungen, welche zwar schon von früheren Autoren (Biesiadecki, Kaposi, Caspary) wesentlich beschrieben sind, hier aber in ihrer Entwicklung, Akme und Rückbildung sehr detaillirt dargestellt erscheinen.

Kaposi (Wien).

V. Colomiatti. La circolazione linfatica in un caso di mixoma misto.

(Giorn. d. r. accad. d. med. di Torino 1877. No. 12.)

An einem localen, vor vollendeter Heilung eingetretenen Recidiv eines Tumors der rechten Brust fand Verf., dass der eine Theil derselben ein hyalines Myxom, der andere ein Rundzellensarcom darstellte, die in einander übergingen. Die Achseldrüsen und alle innern Organe fanden sich bei der Section frei. — Nach 2 Jahren bei erneuter Untersuchung entdeckte Verf., dass die zahlreichen Gefässe des Myxoms von Lymphscheiden umgeben waren; diese zeigten deutliches Endothel und standen unter sich durch ein reiches Netz von feinen

Lymphcanälen in Verbindung. Diese Lymphgefässe reichten bis an die Grenze des sarcomatösen Theiles der Geschwulst, das Sarcom selbst war frei davon. — Verf. hält den Fall für sehr wichtig, da er die Möglichkeit der Verbreitung von Sarcomkeimen in den Lymphwegen beweise und damit die für die Differentialdiagnose zwischen Sarcom und Carcinom so wichtige Lehre von der Metastasenbildung eine Modification erleide. **Escher** (Triest).

Bryant. Cases of Dysphagie.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 908. 939. Vol. II. p. 9.)

Die häufigen Ursachen der Dysphagie, die Einkeilung eines Fremdkörpers und Ulcerationen des Schlundrohres werden mit je einem Beispiele belegt. Für Stricturen, hervorgerufen durch Syphilis, werden 2 Fälle, für solche, die durch Carcinom entstanden, werden 3 Fälle angeführt. Eine syphil. und eine carcinomat. Strictur kamen zur Gastrotomie. Die erstere betraf einen 48 jährigen Mann, der vor 20 Jahren inficirt worden war; seit 4 Monaten bekam er Geschwüre im Rachen und Schlingbeschwerden; der Finger fühlte hinter dem Larynx die harte Stricturstelle, welche keine Flüssigkeit mehr durchliess. Mit schrägem Schnitte wird die Eröffnung und Einnähung des Magens leicht gemacht und nach 24 Stunden die Ernährung von der Fistel aus bewerkstelligt. Am 4. Tage beginnt Patient zu deliriren und stirbt am 6. Tage, 130 Stunden nach der Operation. Section: Magen fest mit der Bauchwand vereinigt, keine Spur von Peritonitis. An der hinteren Pharynxwand und am Larynx Geschwüre, dasjenige am Pharynx 2″ lang, circulär den Rachen umgebend; das Geschwür ist hart, mit flachen Rändern. In der rechten Lungenspitze Cavernen, käsige, pneumonische Herde in beiden Lungen; Ulcerationen im Ileum fehlten. (Der Section nach ist die syphilitische Natur des Leidens zweifelhaft. Ref.) — Im 2. Falle handelte es sich um eine carcinomatöse Strictur im oberen Theile des Oesophagus bei einem 53jährigen Manne. Der Hautschnitt wurde parallel dem Rande der Rippenknorpel 4″ lang gemacht und der Magen ohne Schwierigkeit eingenäht. Pat. erholte sich nicht und starb nach 20 Stunden in Folge von Bronchitis. Section: beiderseitige Broncho-Pneumonie; im obersten Theile des Oesophagus eine 3″ lange, circuläre Ulcerationsfläche, die das Lumen bis auf Sondenknopf-Stärke verengt. Ueber der Cardia finden sich weitere carcinomatöse Massen. Keine Peritonitis. Die beiden Operationen bilden den 23. und 24. Fall von publicirter Gastrotomie. **Pils** (Stettin).

Trélat. Psoriasis lingual et cancroïde. Indications opératoires.

(Bulletin de la Soc. de Chir. 1876. No. 6.)

T. bemerkt, dass bereits eine erhebliche Zahl von Fällen bekannt sei, wo auf Psoriasis Cancroid gefolgt sei. R. Weir (in New-York)

habe 58 Fälle aus der Litteratur gesammelt, und 10 Fälle aus seiner eigenen und seiner Freunde Praxis hinzugefügt.

In 8 Fällen dauerte es mehr als 10 Jahre, bis das Cancroid an Stelle der Psoriasis trat, in 3 Fällen mehr als 20, in 1 Falle 40 Jahre.

In seinen 10 Fällen sei die Psoriasis in Epitheliom degenerirt: 1 Mal nach 40 Jahren, 2 Mal nach 20 Jahren, 7 Mal zwischen $1/2$—2 Jahren.

37 Mal war der Uebergang der Psoriasis in Epitheliom förmlich unter den Augen des Arztes vor sich gegangen, so dass heute an dieser Transformation nicht mehr zu zweifeln sei.

T. hat jüngst 2 Fälle beobachtet, wovon der 1. einen 56jährigen starken Raucher betraf, der die Psoriasis lingualis seit 12 Jahren hatte. Als ihn T. vor $2^1/_2$ Monaten sah, war ein voluminöses Cancroid vorhanden, das während 14 Tagen rapid wuchs. Keine Drüseninfiltration; keine Allgemeininfection. Exstirpation der ganzen Zunge mit der Glühschlinge. Heilung ohne Zwischenfälle. Die Ernährung war in der ersten Zeit nach der Operation schwierig. Die ernährenden Klystiere thaten hierbei treffliche Dienste.

Kürzlich sah T. eine Dame, welche seit 2 Jahren an der Zunge kleine durchscheinende Plaques hatte. T. fand dabei eine ausgedehnte Ulceration an der Zunge und rieth zur sofortigen Operation.

T. betont, wie wichtig es wäre, die offenbare Relation zwischen Cancroid und Psoriasis buccalis stets zu berücksichtigen, um eine sichere Diagnose und prompte Anzeigen für die Operation zu finden.

Ein vor 1 Jahre Operirter und einige aus noch früherer Zeit sind bisher ganz gesund geblieben.

In der sich hieran knüpfenden Discussion bemerkt erst Verneuil, dass die von T. besprochene Affection nicht nur an der Zunge, sondern überall in der Mundhöhle vorkomme. Man bemerke oft lange auf den milchigen Plaques Papillome, die gar nicht exulceriren. Zuweilen verkleinern sich sogar sehr grosse Psoriasisplaques wenn Pat. aufhört zu rauchen. Der Zeitpunct, wo ein operativer Eingriff nothwendig sei, sei daher nicht leicht zu bestimmen und möglicherweise wäre derselbe nur ein Anlass zum früheren Erscheinen des Cancroides.

Panas meint, bei den sehr verschiedenen Formen des Uebels seien auch die Indicationen sehr verschieden. Die breiten, ausgedehnten Plaques dürfe man nicht angreifen, am wenigsten mit Aetzmitteln (Bazin). Seien Papillome da, dann könne man im Zweifel sein. Sitze ein solches isolirt auf indurirter Basis, so entferne er es und ätze dann mit Acid. chromic. in Substanz. Rhagaden, ulcerirte Linien etc. müsse man zerstören. Allerdings seien Recidive gewöhnlich, wie überhaupt bei Carcin. linguae. Auch könnten durch den chirurgischen Eingriff Drüsen, die zuvor kaum merklich vergrössert waren, zur rapiden Infiltration gebracht werden.

Anger meint, das Leiden komme besonders bei Syphilitischen und alten Rauchern vor. Der Gebrauch von Mercurialien verschlimmere aber das Uebel. **Fr. Steiner** (Wien).

Lucae. Ueber die Anwendung der Gehörgang-Luftdouche bei eitriger Mittelohrentzündung und nach Paracentese des Trommelfelles.

(Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XII. Hft. 3.)

Zur Gehörgangluftdouche bedient sich L. eines kleineren Exemplares der gewöhnlichen Gummiballons, mit welchem ein Druck von 0,1—0,8 Atmosphären hervorgebracht werden kann. Das olivenförmige Ansatzstück für das Ohr muss stark sein und vor dem Gebrauch mit Wasser befeuchtet werden, um einen luftdichten Abschluss zu erzielen; ferner wird in der Wandung des Ballons ein kleiner Schlitz gemacht, der als Sicherheitsventil wirkt, wenn das Mittelohr undurchgängig ist.

Therapeutische Vortheile sind: die Möglichkeit ein Ohr mit der Luftdouche zu behandeln ohne den Katheter zu Hülfe zu nehmen (namentlich bei der Behandlung von Kindern von Nutzen) und zweitens die sicherere Entfernung des Secrets bei eitriger, perforativer Mittelohrentzündung, als bei der üblichen Luftdouche durch die Nase.

L. empfiehlt diese Art von Luftdouche auch für Paracentese des Trommelfelles, namentlich da man bei der üblichen Luftdouche Gefahr läuft, an Stelle des durch die Operation entleerten Secretes neue Secretmassen in die Trommelhöhle einzublasen. —

Th. Kölliker (Würzburg).

Justi. Ueber primäre Retropharyngealabscesse im Kindesalter.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 25.)

J. hat von den relativ seltenen primären idiopathischen Vereiterungen der hinter dem Pharynx gelegenen Drüsen und des sie umgebenden Bindegewebes im frühsten Kindesalter im Verlauf von 12 Jahren 4 Fälle gesehen. Henoch beobachtete nach Verf. in 7 Jahren unter etwa 4500 Kindern ebenfalls 4 Fälle (Beiträge zur Kinderheilkunde 1868). — Oppolzer (Oppolzer's Vorlesungen, herausgegeben von Stoffella) hat mehrere Fälle von Erstickung durch spontane Berstung des Abscesses gesehen.

Die 4 Fälle von Retropharyngealabscess von J. betrafen Kinder im Alter von 6, 7, $9^1/_2$ und 11 Monaten. Hiervon wurde ein Kind tracheotomirt und starb während der Operation, bei einem anderen wurde die Eröffnung des Abscesses von den Eltern verweigert, das Kind erstickte; die beiden anderen genasen, nachdem J. von der Mundhöhle aus den Abscess geöffnet hatte. — Scrophulöse Kinder sind bekanntlich besonders zu Retropharyngealabscessen disponirt. Die Abscesse entwickeln sich nicht sehr rasch und sind im Anfang nicht zu erkennen. Bei Ansammlung schaumiger zäher Schleimmassen in der Mundhöhle, die sich trotz möglichst genauer Entfernung bald wieder erzeugen, ferner bei mehr oder weniger starker Anschwellung der seitlichen Halsgegend mit Athembeschleunigung, klangloser Stimme

oder Stimmlosigkeit etc. ist die Diagnose durch Digitalexploration des Rachens leicht zu stellen. Selbst in zweifelhaften Fällen empfiehlt sich die explorative Punction der hinteren Rachenwand, deren Unterlassung bei wirklich vorhandenem Abscess das Leben des Kindes gefährden kann. J. nimmt die Eröffnung der Abscesse mit einem gebogenen Messer vor, dessen schneidendes Ende von vorn gesehen eine abgerundete Fläche darstellt.

Zur Illustration des Gesagten theilt Verf. 2 Fälle mit. Der von J. zuerst beobachtete Fall betraf ein 7monatliches Kind. Seit 8 Tagen Husten, dann, als J. das Kind sah, hochgradigste Dyspnoe, Resp. 72, wie bei Croup. Nach theilweiser Entfernung des Blasenschleims in der Mundhöhle scheinen hintere Rachenwand und Mandeln weisslich belegt zu sein. Eingehen mit dem Finger in die Mundhöhle bringt sofort eine so beängstigende Athemnoth hervor, dass die weitere locale Untersuchung des Rachens mit dem Finger leider unterlassen wird. Diagnose: descendirender Croup. Tracheotomie. Das Kind stirbt während der Operation in einem Erstickungsanfall. — Die Section ergab Retropharyngealabscess, der nach oben bis fast an den 2. Halswirbel reichte, und nach unten hinter dem Oesophagus herabging. Halswirbel gesund.

II. Fall. 9½ Monate altes Kind. Kind unwohl seit 14 Tagen, derselbe Symptomencomplex, als J. das Kind sah. Resp. 60. Bei Eingehen mit dem Finger in die Mundhöhle fühlt J. starke teigige Vorwölbung der hinteren Rachenwand. Durch Incision viel Eiter entleert. Sofortige Euphorie. Heilung. — Die beiden anderen Fälle boten in der Symptomenreihe nichts Besonderes.

H. Tillmanns (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

A. Passelczar. Zwei Tische zum Anlegen permanenter Verbände bei Fracturen der unteren Extremität.

(Arch. für klin. Chir. 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

P. beschreibt einen Tisch zum Anlegen von Gyps- und anderen permanenten Verbänden der unteren Extremität und zur Ausführung verschiedener Operationen, der nicht zusammengeklappt werden kann und einen zweiten Operationstisch, der zusammengelegt werden kann und gleichzeitig mit Vorrichtungen zum Anlegen immobilisirender Verbände versehen ist, besonders für Verbandplätze geeignet. Wegen des Näheren müssen wir auf die Zeichnungen und Beschreibungen im Original verweisen. (Aus der Bemerkung des Verf., dass u. A. zwei kräftige Gehülfen nöthig sind, um die Extremitäten und das Becken des Kranken in der Schwebe zu erhalten, scheint hervorzugehen, dass er die bei uns gebräuchlichen Beckenstützen nicht kennt. Ref.) **Maas** (Freiburg i/B.).

A. Bardeleben. Die Schwefelquellen an der Lenk im Ober-Simmenthal.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 21.)

B. empfiehlt das in Deutschland noch wenig bekannte Bad Lenk (nicht zu verwechseln mit dem bekannten Bad Leuk im Canton Wallis) besonders gegen alte Eczeme und Furunculosis. Das Bad Lenk (oder wie die Einwohner sagen »die Lenk« oder »das Bad in oder an der Lenk«) im Simmenthal ist von Thun oder

Spiez über Zweisimmen in etwa 6 Stunden per Wagen zu erreichen. Lage sehr anmuthig. Lenk ist von allen bis jetzt untersuchten Schwefelquellen Europas die stärkste (in 1000 Gramm 52 Kubikcentimeter Schwefelwasserstoff). B.'s Erfahrungen bezüglich der Heilkraft der Bäder in Lenk beziehen sich auf Eczem und speciell auf Furunculosis. B. kam mit mehr als 100 Furunkeln (fast alle an den unteren Extremitäten) behaftet nach Lenk, mehrere waren am Rande der Fussohle zu beiden Seiten in der Entstehung begriffen. Schon am 3. Tage (nach 3 Bädern) war es B. möglich, stundenlang spazieren zu gehen; neue Furunkel entstanden nicht mehr und am 11. Tage (nach 12 Bädern) konnte B. sich als vollkommen geheilt betrachten. Von Interesse war die unmittelbare Einwirkung des Schwefelwassers. Die intensiv roth gefärbten Beulen wurden im Bade dunkelblau, verloren an Volumen und waren für 5—6 Stunden fast ganz schmerzlos. Die Lösung des Pfropfs erfolgte um mehrere Tage schneller, als bei irgend einer anderen Behandlungsweise, auch die Vernarbung wurde, wie obige Zeitangaben beweisen, in auffallender Weise beschleunigt. — Auch bei katarrhalischen Leiden des Schlundes, Kehlkopfs, der Bronchien, des Magens und Darmes werden die Erfolge nach dem Trinken dieser Schwefelquelle und nach Inhalationen des zerstäubten Schwefelwassers sehr gerühmt.

H. Tillmanns (Leipzig).

Szeparowicz. Nekrose des Stumpfes in Folge Esmarch'scher Constriction.

(Przegląd lekarski No. 9 und 11. polnisch.)

Ohne die hohe Bedeutung dieser Methode in der Chirurgie schmälern zu wollen, weist S. auf folgenden Fall, der als Illustration der negativen Seite dieser Methode dienen soll. Bei einem 11jährigen Mädchen wurde 36 Stunden nach Zermalmung des Unterschenkels durch eine Dreschmaschine die Amputation des Oberschenkels im unteren Drittel unter Anwendung der Esmarch'schen Schlinge vorgenommen. Am anderen Tage fand man Nekrose der Weichtheile an der äusseren und hinteren Seite des Stumpfes bis zu der Stelle, wo die Schlinge Tags zuvor fest (wohl zu fest. Red.) angelegt worden war; trotzdem trat Heilung ein.

Obaliński (Krakau).

Malassez et Monod. Note sur une tumeur myéloplaxe (sarcome angioplastique).

(Gaz. méd. de Paris 1877. No. 29.)

Der betreffende Tumor rührte von einem Hoden her und hatte Metastasen der Mesenterialdrüsen, der Leber, des Netzes, der Nieren und der Lunge hervorgerufen.

Aus der sehr detaillirten mikroskopischen Untersuchung heben wir hervor, dass die Verff. höchst unregelmässig angeordnete Netze, gebildet durch anastomosirende Riesenzellen fanden und betrachten sie diese als gefässbildende Netze, die sich gesetzlos entwickeln und ihre typische Form nicht erlangen.

Th. Kölliker (Würzburg).

H. Fischer. Ueber Schreck-Aphasie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 16.)

O. Koths hat eine Reihe von Krankheitsfällen mitgetheilt, welche durch den Einfluss des Schreckens beim Bombardement von Strassburg entstanden sind und die entsprechenden Beobachtungen aus der Litteratur zusammengestellt (Berl. klin. Wochenschrift 1873 No. 24). Unter den von ihm angeführten Krankheiten fehlt die Aphasie. F. hat einen solchen Fall von Schreck-Aphasie längere Zeit beobachtet bei einem 32jähr. Stationsaufseher, welcher am 18. Januar d. J. Morgens 6 Uhr von 4 Individuen überfallen, geknebelt und seiner Kasse beraubt wurde. Er erhielt von denselben Stösse gegen die Brust, seine Hände wurden in den Handgelenken auf den Rücken zusammengebunden, um den Hals warf man ihm eine Schlinge, welche man fest zusammenzog. So fand man ihn kurz nach 6 Uhr, vollkommen bei Besinnung, Pat. konnte kein Wort sprechen, aber schriftlich genau Auskunft geben. Keine besondere Verletzung. Als F. den Pat. am 9. März sah, konnte derselbe noch kein Wort hervorbringen. Vorgesagte leichte Worte konnte

er nicht nachsprechen. Schreiben konnte er Alles. Sinnesorgane fungirten normal. Keine Lähmung im Gesicht, an den Extremitäten etc. Nirgends eine Spur einer Verletzung. Pat. war noch sehr aufgeregt und unruhig. Bromkali, kräftige Kost, Sorge für geistige Zerstreuung und psychische Beruhigung. Nach 14 Tagen fing Pat. an, leichte Worte nachzusprechen, dann allmälige Wiederherstellung der Sprache; er musste sich indessen im April noch auf bestimmte Worte lange besinnen. Simulation war in diesem Falle sicher auszuschliessen.

H. Tillmanns (Leipzig).

A. Böcker. Ein seltener Fall von Kehlkopfstenose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 17. 18.)

Der Fall kam bei einer 32jähr. Frau zur Beobachtung, welche bereits seit dem 14. Lebensjahre an allmälig zunehmender Kurzathmigkeit litt. Besonders seit dem Jahre 1874 war der Grad der Athembehinderung wechselnd. Bei Gelegenheit zweier Kopf-Erysipele war die Dyspnoe (besonders das letzte Mal) sehr hochgradig, so dass an Tracheotomie gedacht wurde. Doch brachte eine »gegen das Erysipel gerichtete Behandlung« baldige Besserung hervor. Durch innerlichen und äusseren Gebrauch von Jodkali und durch täglich vorgenommene Morphium-Injectionen wurde der Zustand erträglich. Dann wieder abwechselnd Verschlimmerung und Besserung der Dyspnoe, bis Pat. schliesslich am 14. Juni 1875 in die Behandlung des Verf. kam. B. constatirte durch die laryngoskopische Untersuchung etwa 2 Mm. unterhalb der Stimmbänder eine ausgespannte, theils röthlichweisse, theils rosarothe Membran von nicht bedeutender Dicke; sie verschloss den Kehlkopf bis auf eine Oeffnung von Gänsekieldicke. Die Stimmbänder schliessen bei der Intonation vollständig. Bei ruhigem Athmen sieht man, dass die Membran sich von vorn bis hinten in gleichem Abstande von den Stimmbändern durch den Kehlkopf erstreckt. Die Ursache der Entstehung der Stenose war unbekannt (kein Anhalt für Syphilis, Trauma, Diphtheritis, Phthise). Innerhalb 3 Wochen gelang es, die Pat. durch Entfernung der Membran auf natürlichem Wege mit Messer und Quetscher einer (nach späteren Nachrichten) dauernden Heilung zuzuführen.

H. Tillmanns (Leipzig).

Polaillon. Déchirure d'un large lambeau du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, chez une femme, dont le bassin était rétréci. Fistule vesico-uterine consécutive.

(Bullet. de la Soc. de Chir. 1876. No. 4 et 5.)

Die bei einer 36jähr. Frau mit rhachitischem Becken während der Geburt entstandene theilweise Abquetschung der vorderen Muttermundslippe wurde durch Entwickelung des Kindes mittelst der Zange vervollständigt, so dass dieselbe gänzlich abgelöst war. Nach 23 Tagen Entwickelung einer Vesico-Uterinfistel. 6malige Cauterisation mit dem Glüheisen und dazwischen mit arg. nitricum bewirkten schliesslich völlige Heilung. **Fr. Steiner** (Wien).

Ledouble. Infiltration sanguine des membres inférieurs; ecchymoses cutanées, purpura, coïncidant avec une suppression menstruelle.

(Annal. de Gynécologie 1877. April. p. 290.)

Plötzliche suppressio mens. am Abend des ersten Tages bei einem gesunden 25jährigen Mädchen nach Durchnässung der Füsse bei der Wäsche. In der darauffolgenden Nacht lebhafte Schmerzen in den untern Extremitäten, am Morgen darauf pralle Anschwellung derselben bis zu ihrer doppelten Dicke; dunkelrothe, gross- und kleinfleckige Ecchymosen vom Fussrücken bis handbreit oberhalb der Kniescheibe. Nach Application von Sinapismen auf die Mammae und innerem Gebrauch von Aether trat der Blutfluss wieder ein, und alsbald begannen die Symptome zu schwinden. Die Heilung war nach 14 Tagen eine vollständige, nachdem die Ecchymosen den gewöhnlichen Farbenwechsel gezeigt hatten.

L. vergleicht seine Beobachtung mit den von Astley Cooper und Velpeau beschriebenen Blutergüssen in die Mamma bei gehemmtem oder irregulärem Monatsfluss. Während für jene eine Erklärung in der Annahme eines gemeinschaftlichen

spinalen Centrums für den Uterus und die Mamma nahe lag, glaubt L. bei seiner Pat. die Localisirung der fluxionären Hyperämie an den untern Extremitäten auf die durch Ueberanstrengung herabgesetzte Widerstandsfähigkeit derselben in Folge des erschwerten venösen Rückflusses?) beziehen zu müssen. **Löhlein** (Berlin).

A. Heidenhain. Eine Schiene für complicirte Oberarmbrüche und Ellenbogengelenk-Resectionen.

(Arch. f. klin. Chir. 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

H. beschreibt eine von ihm erfolgreich angewendete Schiene für complicirte Humerusfracturen und Ellenbogenresectionen. Die Schiene, deren Modell dem Ref. bekannt ist, hat ihre Stütze in der Achselhöhle und Schulter, ihre Gegenstütze am Vorderarm und gestattet besonders auch das ungehinderte Anlegen des Lister'schen Verbandes (ferner lässt sie sich auch zur Extension des Schultergelenkes verwerthen. Ref.). Wegen des Näheren verweisen wir auf die Beschreibung und Zeichnung im Original. **Maas** (Freiburg i/B.).

F. R. Fischer. Rare condition of the knee-joint in a child.

(Brit. med. Journal 1877. Vol. I. p. 809.)

Ein 7monatl. Kind, das seine Beine gut beugte und streckte, wies besonders am rechten Kniee stark ausgesprochen folgende Anomalie auf: bei der Beugung rotirt die Tibia nach aussen mit partieller seitlicher Dislocation. Dabei bleibt die Kniescheibe an ihrer Stelle. Bei der nachfolgenden Extension reponirte sich die Dislocation mit hörbarem Schnappen. Verf. ist geneigt diese Anomalie auf eine Schwäche der Ligg. cruciat. zurückzuführen. **Pilz** (Stettin).

R. J. Godlee. Congenital dislocation of one knee forward.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 267. Clinic. soc.)

In der Gesellschaft stellt G. ein 15monatl. Kind, das im 3. Lebensmonate zuerst von ihm gesehen worden war, vor. Während das Kind im Uebrigen wohl genährt und gebildet erschien, waren die Bänder des linken Kniegelenks locker, die Tibia über die Condylen des Femur hinaufgezogen; eine Beugung im Kniegelenke nicht möglich. Nachdem längere Zeit das Bein auf langer Hinterschiene behandelt und die Contractur des M. rect. fem. gehoben war, wurden zur weiteren Behandlung articulirende Hohlcylinder (an Ober- und Unterschenkel) angewandt. Jetzt ist das erkrankte Kniegelenk nur noch in geringem Grade locker. G. kennt nur 2 derartige Beobachtungen. (Vergl. Centralbl. f. Chir. 1875. p. 762.)
Pilz (Stettin).

R. Barwell. Congenital dislocation of the knee forwards.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 389 Med. chir. soc.)

Bei einem 6 Wochen alten Kinde, das wegen eines Hautausschlages in Behandlung kam, bemerkte B. die Oberschenkel in extendirter Stellung zum Rumpfe, die Unterschenkel in den Kniegelenken hyperextendirt; über dem Knie war eine tiefe Furche in der Haut, unter welcher man die Tuberositas tibiae fühlte. Die Kniekehlen waren ausgefüllt durch die Condylen des Oberschenkels; auf der linken Seite war die Patella klein, rechts aber gar nicht zu fühlen. Daneben bestand Equino-Varus-Stellung des rechten Fusses und Strabismus convergens. Das Kind stammte von gesunden Eltern und hatte 3 gesunde Geschwister. In Chloroform-Narkose wurde nur eine theilweise Einrichtung, besser am linken Beine erreicht, dann ein Gypsverband angelegt; nach 14 Tagen dasselbe Verfahren wiederholt, nach 4 Wochen normale Stellung erreicht. Beide Kniescheiben waren jetzt deutlich zu fühlen. Verf. hat diese angeborene Dislocation nur von Ammon, Guérin (2), Hilton, A. Cooper und Godlee erwähnt gefunden; bei einigen wird der Mangel der Patella besonders erwähnt (Guérin, Godlee).
Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 42. **Sonnabend, den 20. October.** **1877.**

Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des Berliner städtischen Krankenhauses im Friedrichshain.

I. Zur Behandlung der Querbrüche der Patella und des Olecranon.

Von

Dr. **Max Schede**,

dirigirendem Arzte der Abtheilung.

Bekanntlich ist es so schwierig, bei Querbrüchen der Patella eine knöcherne Vereinigung der Fragmente zu erzielen, dass zeitweise die Möglichkeit derselben überhaupt geleugnet wurde. Malgaigne erzählt, dass Pibrac Demjenigen einen Preis von 100 Louisd'or anbot, welcher ihm eine völlig durch knöchernen Callus vereinigte Kniescheibe vorzeigen würde. Seitdem ist von verschiedenen Seiten die Möglichkeit einer knöchernen Heilung ausser Frage gestellt. In der That wird sie aber auch heute noch fast ebenso selten herbeigeführt,

als zu der Zeit, wo Malgaigne schrieb und Pibrac seinen Preis aussetzte.

Die Ursache liegt auf der Hand. Behält man im Auge, dass Längs- und Sternbrüche der Kniescheibe stets ohne Schwierigkeit knöchern heilen, bedenkt man, dass das Periost der Patella in so ausgedehntem Maasse Knochen zu produciren vermag, dass nach complicirten Fracturen fast vollständig necrotisch ausgestossene Kniescheiben wieder ersetzt werden können*), erinnert man sich der stalactitenförmigen Osteophyten, welche Malgaigne an den Rändern von weit von einander klaffenden Patellafragmenten beschreibt, so kann man keinen Augenblick zweifelhaft sein, dass nicht innere physiologische Gründe es sind, welche die knöcherne Vereinigung nicht zu Stande kommen lassen, sondern äussere, ungünstige Verhältnisse. Die Längs- und Sternbrüche heilen knöchern, weil die Fragmente in Contact bleiben. Den Querbrüchen folgt eine nur ligamentöse Vereinigung, weil sich die Fragmente mehr oder weniger weit von einander entfernen.

Von den zahllosen, zum Theil sehr sinnreichen Apparaten und Verbänden, welche für die Querbrüche der Kniescheibe erfunden sind, hat sich bisher bekanntlich keiner bewährt. Der Chirurg pflegt zufrieden zu sein, wenn es ihm gelingt, die Entstehung einer mehr als strohhalmbreiten ligamentösen Zwischensubstanz zu verhindern.

Trotzdem scheint es mir kaum wahrscheinlich, dass die ungenügenden therapeutischen Erfolge lediglich der mangelhaften Wirkung unserer Verbände auf die Coaptation der Fragmente zur Last zu legen seien. Manche von ihnen würden gewiss bessere Resultate sichern, wenn man sie nur gleich nach geschehener Verletzung anlegen könnte. Bekanntlich vereitelt aber in den ersten 8—14 Tagen die stets vorhandene bedeutende Schwellung der Gelenkgegend und der starke Bluterguss in die Kniegelenkskapsel jeden derartigen Versuch. Man ist genöthigt, die Resorption des Ergusses abzuwarten, 2 Wochen vergehen unbenutzt, und die eigentliche Behandlung der Patellafractur wird erst begonnen zu einer Zeit, wo bei anderen Knochenbrüchen das Beste für die Sicherung eines guten Resultates längst geschehen sein muss. So vereinigen sich verschiedene Umstände, um die knöcherne Heilung zu erschweren. Denn während es eine allgemeine Erfahrung zu sein scheint, dass Fracturen, welche von sehr bedeutenden Ecchymosen begleitet sind, nur langsam zu consolidiren pflegen, kann die Verspätung der Coaptation, selbst wenn diese dann noch vollständig gelingen sollte, sicherlich nur ein neues Hinderniss für eine glückliche Heilung abgeben. —

Die logische Consequenz dieser Ueberlegung musste der Versuch sein, durch frühzeitige Entleerung des Gelenkes auf operativem Wege günstigere Heilungsbedingungen zu schaffen. Nach den zahlreichen fremden und eigenen Erfahrungen über die absolute

*) Siehe z. B. die Beschreibung eines derartigen Falles in meiner Mittheilung »Ueber Gelenkdrainage«, Verhandl. der deutschen Gesellsch. für Chir. III. p. 185.

Gefahrlosigkeit der unter antiseptischen Cautelen vorgenommenen Gelenkpunctionen stand ja die Berechtigung dieses Versuches ausser Zweifel.

Ich habe nun bisher bei 5*) Querfracturen der Patella meinen Vorsatz zur Ausführung gebracht. Die vorausgesetzte Ungefährlichkeit des Eingriffes bestätigte sich. Trotzdem heilten die beiden ersten doch nur mit einer allerdings sehr schmalen, kaum messbaren, ligamentösen Zwischensubstanz, welche noch eine minimale seitliche Verschiebung der Fragmente zuliess, und zwar in Folge von Fehlern in der weiteren Behandlung, welche ich erst später vermeiden lernte. Ich komme weiter unten darauf zurück. Die 3 letzten Fälle sind dagegen sämmtlich zur vollkommen festen, knöchernen Consolidation gebracht worden.

Meine Behandlung war folgende: Zunächst Punction des Gelenks und eventuell auch der Bursa präpatellaris, wenn sie ebenfalls mit Blut gefüllt war, mit einem starken Troikart, natürlich unter allen antiseptischen Cautelen. Das meist noch flüssige, mit Synovia gemischte Blut wird ohne Mühe aus der Gelenkhöhle entfernt und letztere nun so oft mit 3procentiger Carbolsäurelösung ausgespült, bis diese ungetrübt wieder abfliesst. Alsdann Entfernung des Troikarts und Verschluss der Wunde mit einem Stückchen protective silk und einem kleinen Ballen Salicylwatte. Endlich sofort möglichst genaue Adaptirung der Fragmente durch lange und 2—3 Ctm. breite Heftpflasterstreifen, welche in Form einer testudo dachziegelförmig übereinander gelegt werden und gleichzeitig die Salicylwatte fixiren. Die das obere Fragment nach unten drängenden Streifen kreuzen sich auf der Wade oder in der Kniekehle, während ihre Enden bis zur vorderen Seite des Unterschenkels reichen. Die Streifen für das untere Fragment umgreifen in ähnlicher Weise den Oberschenkel. Nun wird, ohne Wattepolsterung, die ganze Extremität sehr genau mit einer Flanellbinde eingewickelt, welcher man am Knie wieder die Form einer testudo giebt, um die Wirkung der Heftpflasterstreifen noch zu verstärken, und schliesslich ein möglichst knapper, von den Knöcheln bis zur Hüfte reichender Gipsverband angelegt, selbstverständlich in völliger Streckung der Extremität.

Weiter halte ich es nun für durchaus essentiell, dass dieser bekanntlich keineswegs neue Verband in den ersten Wochen mehrmals in kurzen Zwischenräumen erneuert wird. Namentlich muss der erste Verbandwechsel spätestens nach 8 Tagen erfolgen. Ich brauche wohl kaum zu erwähnen, dass die Anschwellung der Kniegelenksgegend nach der Verletzung keineswegs lediglich durch den Hämarthros bedingt ist, und demnach auch durch die Punction desselben nicht vollständig beseitigt werden kann. Vielmehr bildet sich ganz ausserordentlich rasch — ähnlich wie bei schweren Distorsionen des Fusses und der Hand — eine

*) Während des Druckes dieser Arbeit ist noch eine 6. hinzugekommen. In diesem Falle betrug die Menge des entleerten Blutes 450 Kbcm.!

sehr starke, ödematöse Schwellung der umgebenden Weichtheile aus, welche die genaue Coaptation und die genaue Orientirung über die Stellung der Fragmente im Verbande immer noch recht schwierig machen kann. Unter dem Druck des fest anliegenden Verbandes schwindet aber dieses Oedem sehr schnell, und so fand ich jedesmal nach 8 Tagen einen beträchtlichen Zwischenraum zwischen Verband und Glied, die Heftpflasterstreifen lagen völlig lose und die Fragmente hatten sich meist wieder etwas von einander entfernt. — Ein neuer, gleicher Verband corrigirt nun den Fehler. Aber auch dieser und oft noch der folgende muss schon nach 8—10 Tagen wieder erneuert werden, weil die Abschwellung der Gelenkgegend noch zunimmt, und ja auch die Inactivitätsatrophie des Beines in den ersten Wochen am raschesten fortzuschreiten pflegt. Natürlich ist jede Beugung des Gelenkes beim Verbandwechsel auf das Sorgfältigste zu verhüten und der Pat. zu ermahnen, jede Anspannung des Quadriceps femoris ängstlich zu vermeiden. Erst wenn sich beim zweiten oder dritten Verbandwechsel zeigt, dass keine weitere Volumsverminderung des Knies stattgefunden hatte und die Bruchflächen noch vollkommen gut aneinander lagen, darf man den neu angelegten Verband bis zur muthmasslichen Heilung liegen lassen. Ich habe als Regel bisher eine 6wöchentliche Fixirung im Gipsverbande festgehalten. —

Die weitere Behandlung hat die doppelte Aufgabe, die junge Knochennarbe vor zu heftigen Insulten zu schützen und die Beweglichkeit des stets mehr oder weniger steif gewordenen Gelenkes allmälig wieder herzustellen. Die erste ist zunächst noch wichtiger, als die zweite. Denn selbst, wo es gelungen ist, eine wirklich knöcherne Verbindung der Fragmente herzustellen, würde eine gewaltsame, z. B. durch einen Sturz veranlasste Flexion des Beines die Patella sehr leicht von Neuem zerreissen können, um so mehr, als der Quadriceps durch das lange Verharren in einer Lage, bei welcher seine Insertionspuncte ad maximum genähert waren, an Ausdehnungsfähigkeit eingebüsst hat und für eine starke Beugung des Knies zu kurz geworden ist. Ist aber nur eine ligamentöse Verbindung vorhanden, so ist die Zerrung, welcher man dieselbe aussetzt, noch weit vorsichtiger zu dosiren, da das Narbengewebe um so leichter gedehnt wird, je jünger und saftreicher es noch ist.

Diesen Anforderungen genügt von den vielfach erfundenen kniekappenartigen Apparaten, die meist einen leichten elastischen Druck auf die Patellafragmente ausüben, kein einziger. Nur ein solid gearbeiteter, vom Fuss bis zur Hüfte reichender Schienenapparat kann einen hinreichenden Schutz gewähren. Derselbe erhält in der Höhe des Kniegelenks ein Charnier, welches eine Beugung von anfangs nur etwa 20° gestattet. Die weitere Flexion wird durch eine kräftige Hemmung unmöglich gemacht, welche nur gradatim in etwa vierwöchentlichen Zwischenräumen verringert wird, so dass die Schienen nach und nach grössere Excursionen gestatten. Erst nach 4—6 Monaten wird man den Patienten in der Regel erlauben können, den

Apparat ganz abzulegen. Die Beweglichkeit des Knies sucht man unterdessen in der gewöhnlichen Weise durch passive Bewegungen, Massage, Bäder, Douchen etc. wieder herzustellen.

Die Krankengeschichten der in der angegebenen Weise behandelten Patienten sind kurz folgende:

1. Herr H., 36 J. alt, Kaufmann. Querbruch der linken Patella durch Muskelzug am 8. April 1876. Bedeutender Erguss in's Gelenk, Fragmente etwa 2 Ctm. von einander entfernt. Punction und erster Verband am 9. April. Mehrere Tage Schmerzen, kein Fieber.

Abnahme des Verbandes am 17. April. Sehr starke Abschwellung, so dass derselbe in der Gelenkgegend gar nicht mehr anliegt. Bruchspalte klafft um fast $1/2$ Ctm. — Verband erneuert. —

Nächster Verbandwechsel am 26. April. Eine weitere Abschwellung ist nicht eingetreten, die Fragmente berühren sich unmittelbar. Daher liegt der dritte Verband unverrückt bis zum 20. Mai. An diesem Tage sind die Fragmente solid vereinigt und in keiner Weise gegen einander zu verschieben. Anlegung des Schienenapparates und weitere Behandlung wie oben beschrieben. Ersterer wird etwa 4 Monate getragen, um welche Zeit die Function normal war. Das Bein ist jetzt, $1^1/_2$ Jahre nach der Verletzung, völlig so kräftig und beweglich als früher, die Patella absolut knöchern consolidirt, anscheinend etwas verdickt. Pat. hat in diesem Sommer sehr ausgedehnte Gebirgswanderungen ohne besondere Anstrengung ausführen können, tanzt, reitet etc. —

2. Frau Franke, 58 J., rec. den 15. Juni 1877. Kräftig gebaute, sonst gesunde Person. Am Tage der Aufnahme Fall mit beiden Knien auf's Pflaster. Querbruch der linken Patella, vermuthlich durch directe Gewalt. Bruchspalte klafft um etwa $1^1/_2$ Ctm. Starker Bluterguss in's Knie und die Bursa präpatellaris. Beide werden noch am selben Tage punctirt und mit 3% Carbollösung ausgewaschen. Entleerung bedeutender Mengen dunklen, flüssigen Blutes. Typischer Verband. Keine Reaction. Verbandwechsel am 23. Juni, 1. Juli, 11. Juli, 27. Juli. Schon am 1. Juli war deutlich ein Callus fühlbar gewesen. Knöcherne Consolidation, doch dringt die Nadel einer Pravaz'schen Spritze noch in den weichen Callus ein, unter dem eigenthümlichen Gefühl, welches das Einstechen in weichen porotischen Knochen gewährt. Erste Gehversuche mit steif bandagirtem Knie (hölzerne Poplitealschiene), dann Schienenapparat. Pat. geht bereits am 22. Aug. sehr gut und wird am 3. Sept. entlassen. Flexionsmöglichkeit der Schienen am 24. Sept. auf 60° gesteigert, welche Pat. mit Leichtigkeit erreicht. —

3. Frau Baust, 64 J., rec. den 1. Juli 1877. Schlecht genährt, stark gealtert; litt an leichter Arthritis deformans beider Kniee und an Symptomen eines freien Gelenkkörpers im linken. Pat. ist 5 Stunden vor der Aufnahme über beide Kniegelenke überfahren worden. Starker Bluterguss in beiden. Rechts ausserdem bedeutende Quetschwunde der Weichtheile an der äusseren Seite des Oberschenkels mit sehr grossem Blutextravasat. Links Querbruch der Patella. Die Punction entleert links eine grosse Menge dunklen, flüssigen Blutes. Ausspülen mit 3% Carbollösung; typischer Verband. Keine fieberhafte Reaction, keine Schmerzen.

Verbandwechsel am 7. Juli. Kniegelenk stark abgeschwollen, doch liegen die Fragmente gut. Neuer Verband am 15. Juli. Da keine weitere Abschwellung eingetreten war, bleibt derselbe bis zum 11. Aug. liegen. Knöcherne Consolidation durch Acupunctur constatirt. Absolut unbewegliche Vereinigung der Fragmente, Bruchlinie nur mit Mühe zu fühlen. — Erste Gehversuche am 25. Sept., bis zu welchem Tage Pat. wegen der Verletzung am anderen Bein das Bett hüten musste. Bewegungen noch beschränkt und schmerzhaft. Uebungen mit der Bonnet'schen Bewegungsmaschine haben aber ziemlich guten Erfolg. Wie weit die vorhandene Arthritis deformans das definitive Resultat trüben wird, steht noch dahin.

Die Erfolge waren demnach ebenso gleichmässig, wie die Behandlung und fordern gewiss zur weiteren Prüfung der Methode auf.

Ich betone aber ausdrücklich, dass ich nur von dem Zusammenwirken der sämmtlichen geschilderten Massnahmen zufriedenstellende Resultate gesehen habe. Zwei weitere Patellafracturen, bei denen zwar ebenfalls der Haemarthros durch die Punction beseitigt, in der späteren Behandlung aber noch mehrfach von den oben ausgesprochenen Grundsätzen abgewichen wurde, führten, wie schon bemerkt, zu der gewöhnlichen Pseudarthrose. Ich setze zum Vergleich die Krankengeschichten hierher:

4. Friedrich König, 41 J., rec. den 10. Febr. 1876. Kräftiger, gesunder Mann; glitt gestern auf der Strasse aus und fiel auf das linke Knie. Querfractur der Patella, vielleicht durch Muskelzug. Bruchspalte klafft nicht erheblich. Gelenk prall mit Blut erfüllt, Punction (ohne Carbolirrigation). Typischer Verband. Mehrere Tage ziemlich heftige Schmerzen (Eisblase) mit Temperaturen bis zu 39,0. Doch war der Fuss niemals geschwollen. Verbandwechsel am 18. Febr. Der neue Verband bleibt bis zum 13. März liegen. Geringe seitliche Beweglichkeit der Fragmente an diesem Tage noch vorhanden. Dritter Verband bis zum 10. April. Keine knöcherne Consolidation, Zwischensubstanz aber von nicht messbarer Breite. Pat. am 21. April mit Schienenapparat entlassen.

Untersuchung am 26. Sept. 1877: Pat. hat es für überflüssig gehalten, den Schutzapparat zu tragen, da er bequemer ohne denselben ging. In Folge davon Verlängerung der Zwischensubstanz auf etwa 4 Ctm. Trotzdem ist Pat. mit dem Resultate sehr zufrieden. Er hat merkwürdiger Weise nicht die geringste Functionsstörung und streckt das Knie fast ebenso kräftig als das gesunde.

5. August Neumann, 23 J., rec. 19. Mai 1876. Kräftiger, gesunder Mann. Pat. ist Dachdecker und stürzte heute drei Stockwerke hoch herab. Offene Fractur des linken Vorderarmes, subcutane Fractur des linken Oberschenkels, Querfractur der linken Patella. Thalergrosse, gequetschte und gerissene Wunde gerade über der letzteren, aber nicht mit der Fracturspalte communicirend.

Diese Wunde machte die gewöhnliche Behandlung unmöglich. Punction des Gelenks (keine Carbolirrigation), Malgaigne'sche Klammer, Salicylwatteverband. Oberschenkelfractur derselben Seite mit Extension behandelt. Im Knie mehrtägige Schmerzen, aber kein Fieber.

9. Juni. Entfernung der Klammer. Fragmente unbeweglich mit einander verwachsen. Bruchstelle nur als feine Linie zu fühlen. Leider liess ich mich verleiten, die Patella schon jetzt ohne Contentivverband zu lassen. Die Folge davon war, dass die Vereinigung der Bruchstücke sich wieder lockerte und schliesslich doch noch eine ligamentöse Zwischensubstanz von etwa 3 Mm. Länge entstand. Pat. am 29. Oct. mit schon ziemlich beweglichem Gelenk und Stützapparat entlassen. Weitere Schicksale unbekannt.

Die beiden Krankengeschichten sind beredte Zeugnisse für die Wichtigkeit der oben gegebenen Regeln. Im Fall 4 folgt auf den zu seltenen Verbandwechsel ligamentöse Vereinigung, und der Mangel eines Schutzapparates führt zu rascher Dehnung derselben. Im Fall 5 trug offenbar die nicht hinreichend lange fortgesetzte Fixation die Schuld an dem Ausbleiben der knöchernen Vereinigung, die bei längerem Liegenlassen der Klammer gewiss auch hier erreicht wäre. Ich würde letztere in ähnlichen Fällen auch künftig anwenden. Hüllt man sie mit in den antiseptischen Verband ein, ist sie gewiss unschädlich. Indessen empfiehlt es sich, die Spitzen zu vergolden, um ihre Oxydation innerhalb der Gewebe, welche doch lästig wird, zu vermeiden.

Ich mache noch auf eins aufmerksam. Bei den Kranken 1, 4,

5 habe ich die einfache Punction, bei 2 und 3 die Punction mit folgender Carbolsäureausspülung vorgenommen. Alle 3 Pat. der ersten Reihe hatten mehrere Tage hindurch nicht unerhebliche Schmerzen, einer (4.) sogar ziemlich lebhaftes Fieber. Bei den beiden andern traten gar keine Reactionserscheinungen irgend welcher Art ein. Da dieses Verhalten mit meinen anderweitigen Erfahrungen über Carbolsäureausspülungen der Gelenke übereinstimmt, so empfehle ich, der Punction stets die Carbolsäureauswaschung folgen zu lassen.

Woher es kommen mag, dass bei Pseudarthrosen der Patella eine breite, ligamentöse Zwischensubstanz zuweilen so wenig functionelle Störungen macht, wie im Fall 4, während in anderen, anscheinend ganz gleichen Fällen die Function des Extensor quadriceps völlig daniederliegt, kann ich nicht recht erklären. Zwei Individuen, welche ich kürzlich sah, waren bei nicht breiterer Zwischensubstanz völlig unfähig, ohne eine künstliche Fixation des Gelenkes zu gehen. Das geringste Anstossen des Fusses gegen eine kleine Unebenheit des Bodens brachte sie sofort zu Falle.

Zum Schluss noch einige Worte über die Querfracturen des Olecranon, die ja viele Analogien mit den Patellarbrüchen haben. Mir liegen ausführliche Notizen über 6 einschlägige Fälle aus den letzten beiden Jahren vor, in denen allen die knöcherne Consolidation ohne Anstand erreicht wurde. Dasselbe Resultat erzielte ich bei einer wohl gleich grossen Zahl von Kranken aus der letzten Zeit meiner chirurgischen Thätigkeit in Halle. Die Behandlung bestand ebenfalls in Heftpflaster- und enganliegenden Gipsverbänden in gestreckter Stellung, und das Princip des häufigen Verbandwechsels wurde bei allen diesen Verletzten ebenfalls in Anwendung gebracht. Die Function wurde bei allen normal. Niemals erfolgte eine Gelenksteifigkeit, deren Beseitigung irgend welche Schwierigkeiten gemacht hätte; doch gebrauchte ich hier allerdings die Vorsicht, bei jedem Verbandwechsel vorsichtige passive Bewegungen mit sehr kleinen Excursionen vorzunehmen, um die Gefahr einer drohenden Ankylosenbildung rechtzeitig zu erkennen und eventuell dann zum Verband in flectirter Stellung überzugehen. Dass kein einziges Mal der Erguss in das Ellenbogengelenk so gross war, dass er zur Punction aufgefordert hätte, war wohl nur Zufall; ich würde dieselbe eventuell auch hier für indicirt halten und unbedenklich ausführen. —

Galippe. Nouvelles expériences sur l'action toxique attribuée au cuivre et aux substances contenant du cuivre en combinaison.

(Comptes rendus T. LXXXIV. p. 718.)

Schon vor einiger Zeit hat G. gezeigt 1), dass Kupfersalze (und zwar das Sulfat, Acetat, Lactat, Citrat u. A.) in beträchtlicher Dose mit der Nahrung zugeführt, nur heftiges Erbrechen erzeugen, 2) dass tägliches Verfüttern der nämlichen Salze, wenn man mit so kleinen

Gaben beginnt, Erbrechen nicht hervorruft und dass ganz allmälige Steigerung der Dosis von durchaus keinen nachtheiligen Folgen für die Versuchsthiere war. Nach dem Vorgange von Pelikan (1858) haben neuerdings Burq und Ducom (Arch. de phys. 1877. No. 1) Hunde über 50 Tage mit Nahrungsmitteln gefüttert, welche in Kupfergefässen unter Zusatz von Salz und Essig gekocht waren. Obwohl von der graugrünen Auflagerung auf der Innenwand der Pfanne ein grosser Theil mit verfüttert wurde, zeigten die Hunde keine Vergiftungssymptome. G. hat sich nun der Aufgabe unterzogen, die Frage über die Giftigkeit der Cu-Verbindungen für den Menschen, die von zahlreichen Autoren aufrecht gehalten wird, mit anerkennenswerther Selbstlosigkeit an sich selbst zu entscheiden. Ueber einen Monat lang hat er sich von Speisen (Fleisch, Fisch, Gemüse etc.) genährt, welche, zum Theil unter Essigzusatz, in kupfernen Gefässen zubereitet waren. Hatten die mit Essig hergerichteten Speisen noch 24—36 Stunden nach dem Abkochen in den Kupferpfannen gelegen, so waren sie ebenfalls am Rande mit einer grünen Schicht bedeckt. Diese Schicht war sehr zusammengesetzter Art, im Allgemeinen herrschten darin grün gefärbte Fettkörper vor. Diese Speisen einschliesslich der grünen Cu-Schicht verzehrt, haben absolut keine Intoxication oder sonstige nachtheilige Erscheinungen zur Folge gehabt. Um dies Ergebniss sicherer zu stellen, wurde derselbe Versuch an anderen Individuen und mit durchaus demselben Resultate wiederholt.

J. Munk (Berlin).

Th. Annandale. Case in which a knitting-needle penetrated the brain through the orbit; recovery with loss of sight in one eye.

(Edinburgh med. Journal 1877. Bd. I. p. 891.)

Ein 14jähriges Mädchen lief auf eine Gespielin, die gerade strickte, zu; es drang ihr eine Stricknadel durch das obere linke Augenlid in die Augenhöhle hinein. Die Nadel wurde sogleich herausgezogen; Pat. klagte über Kopfschmerzen und Unvermögen mit dem linken Auge zu sehen. Nach 24 Stunden Bewusstlosigkeit, Unruhe, Delirium. Bei der Aufnahme ins Hospital, 48 Stunden nach dem Unfall, war das Sensorium der Pat. benommen; sie antwortete auf laute Ansprache, klagte dabei über Schmerzen in der linken Schläfe und Hirngegend. Es konnte nur eine punctförmige Verletzung am oberen Augenlide wahrgenommen werden, ohne Betheiligung der Umgebung. Beide Pupillen erweitert, die linke reagirte nicht auf Lichtreiz; Sehvermögen links aufgehoben, leichte Ptosis. Pat. hat die Neigung, im Kreise zu gehen. Temperatur 105,4° F. Im weiteren Verlaufe traten Zuckungen in den Extremitäten auf. Doch waren in 3 Wochen die bedrohlichen Allgemeinerscheinungen zurückgegangen; es bestand nur linksseitige Amaurose. In der Epikrise stellt A. diesen Fall als solchen hin, in welchem die leicht gefasste Stricknadel durch das

For. opt. eingedrungen, den Sehnerven verletzt habe und vielleicht das Gehirn selbst, wenn man die Gehirnerkrankung nicht auf eine Meningitis zurückführen wolle. Da der Gegenstand kein scharfer gewesen, und nicht mit Gewalt geführt worden war, so habe er nicht die knöcherne Wandung durchbohrt. Von Interesse ist die geringe äusserliche Verletzung. Aehnliche Verletzungen, die die ersten Tage kaum Erscheinungen gegeben, haben oft nachträglich schnell zum Tode geführt. Nach Untersuchungen an Leichen fand A., dass ein ähnliches Instrument, wenn nicht besondere Kraft angewandt wird, am Dache der Orbita entlang geht und in die Fiss. sphenoid. oder in das For. optic. eindringt. **Pilz** (Stettin).

B. Stilling. Ueber die chirurgische Behandlung des Ovarialstiels nach der Ovariotomie und über die Ovariotomie in einem Acte.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 11. 12. 13.)

St. hält die extraperitoneale Behandlung des Stieles seit der Anwendung der Lister'schen Wundbehandlungsmethode für einen überwundenen Standpunct und ist der Meinung, dass dieselbe zu den obsoleten Operationen gezählt werden dürfe. Unter den Nachtheilen der extraperitonealen Methode betont St. besonders die Zerrung und Drehung des Uterus und seiner Nachbargebilde (Dickdarm, Darmcanal etc.) bei kurzem Stiel und St. ist geneigt, manche Fälle von Tetanus, welche er nach der Ovariotomie beobachtete, diesem Umstande möglicherweise zuzuschreiben. Noch wichtiger aber ist nach St. die Zerrung an derjenigen Stelle des Stiels, an welcher die Klammer die Abquetschung des letzteren bewirkt. Ein hochgradiger continuirlicher Zug muss nach St. hier nothwendig die Processe stören, welche die Natur bei der Abgrenzung des durch die Klammer mortificirten Stielendes von dem unterhalb der Klammer befindlichen Theile des Stieles in's Werk setzt und frühzeitiges Loslösen, Zurückschlüpfen desselben in die Bauchhöhle, Blutung etc. veranlassen. Bei langen Stielen fallen zwar die erwähnten Nachtheile fort, aber auch sie sind bei der extraperitonealen Behandlung 10—14 Tage lang Gegenstand steter Sorge. —

Die Versenkung des Stieles in die Bauchhöhle ist dagegen, wenn richtig ausgeführt, von allen jenen Nachtheilen der extraperitonealen Behandlung frei; sie ist der anderen Methode bei weitem vorzuziehen, wenn Operation und Nachbehandlung unter strengster Befolgung der Lister'schen Wundbehandlungsprincipien ausgeführt werden. Mit Recht legt St. ein besonderes Gewicht auf die minutiöseste Toilette der Bauchhöhle durch nur hierzu bestimmte, streng desinficirte Schwämme, auf sorgfältigste Unterbindung des Ovarialstiels durch eine seiner Dicke entsprechende Anzahl von sehr fest geknüpften Catgutligaturen u. s. w. Die hier von St. gegebene kurze Uebersicht über die bei der antiseptischen Ovariotomie zu beobachtenden Cautelen

enthält für den Kenner des antiseptischen Verfahrens nichts Neues, ist aber für den mit dem Gegenstande noch nicht ganz vertrauten Praktiker durchaus beherzigenswerth und sei demselben zur Lectüre empfohlen. Zur Illustrirung des Gesagten theilt St. einen Fall von erfolgreicher Ovariotomie mit (cf. Original).

H. Tillmanns (Leipzig).

Hansen. Osteomyelitis spontanea diffusa humeri bei einem Erwachsenen.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 19. p. 165.)

Ein Mann von 53 Jahren, wegen Strictur der Urethra in Behandlung, erkrankt am 1. Decbr. 1875 an Pleuropneumonia dextra zugleich mit Schmerz und Schwellung am rechten Schultergelenk. Periarticuläre Carbolinjectionen schaffen Besserung, Pat. wird Mitte Jan. 1876 entlassen.

Nach 3 Wochen zeigt er sich wieder mit starker Schwellung derselben Schulter und extracapsulärer Fluctuation am Humerus. Incision und Entleerung des Eiters; Knochen nirgends blossliegend; Salicylwatteverband. Nach etlichen Wochen neues Fieber und Kraftverfall; jetzt dringt die Sonde in das Caput humeri ein. Diagnose: Caries capitis. Therapie: Resection mit Durchtrennung am collum chirurg. Der morsche Knochen bricht zum Theil ab, und aus der Markhöhle quillt eine puriforme Masse hervor, die Sonde dringt durch das ganze Markrohr hinab. Pat. verweigert die jetzt vorgeschlagene ablatio brachii, deshalb wird die Markhöhle drainirt und ein Salicylwatteverband angelegt. Temparatur vom anderen Tag an normal, Heilung mit 2 Ctm. langem halbringförmigen Sequester, Verkürzung des Armes 3 Ctm., Functionsbeschränkung ganz unbedeutend.

Mögling (Tübingen).

Trélat. De la déformation dans la fracture du radius.

(Journal de médecine et de chirurgie pratiques 1877. Avril. T. 48.)

Die Ursache, dass bei den Radiusfracturen öfter die sonst als typisch bekannte Deformation der »Heugabelstellung« fehlt, sucht T. in dem Alter der Patienten und dem daraus folgenden Sitz der Fractur. Bei älteren Leuten sitzt die Fractur gewöhnlich ganz am unteren Ende des Radius und die Bruchstücke sind in einander eingekeilt, so dass eine Deformität nicht eintreten kann; bei jüngeren Individuen ist der Radius meist weiter oberhalb fracturirt zwischen der Diaphyse und Epiphyse, einer Stelle, die eine Bewegung der Fragmente viel leichter erlaubt, so dass dann die typische Stellung eintritt.

Boeters (Berlin).

F. Trendelenburg. Ueber das Hygroma infrapatellare profundum. (Mit zwei Holzschnitten.)

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 1. p. 132.)

T. hatte Gelegenheit kurz hintereinander zwei Fälle zu beobachten, in denen beiderseits ein chronischer, seröser Erguss in dem Schleimbeutel hinter dem Kniescheibenbande bestand (Bursa mucosa infrapatellaris profunda oder Bursa mucosa infragenualis). Die Contouren des Schleimbeutels sind unter normalen Verhältnissen nicht von aussen zu fühlen oder zu sehen. Die vordere Wand des Schleimbeutels liegt der hinteren an und die Höhle stellt eine ganz schmale, in ungefähr frontaler Richtung sich in die Fläche ausdehnende Spalte dar. Die Durchschnittsfigur auf dem Sagittaldurchschnitte ist bei Flexionsstellung des Gelenkes nahezu eine gerade Linie, bei der Extension verwandelt sie sich in ein Y durch Einschieben eines keilförmigen Fettläppchens der Plica patellaris. Bei abnormer Anschwellung der Bursa infrapatellaris profunda ist dieselbe am deutlichsten zu sehen bei halbflectirtem Kniegelenke. Die beiden, sonst sichtbaren Gruben neben dem Kniescheibenbande sind verstrichen, bei grösserer Flüssigkeitsmenge findet sich an ihrer Stelle jederseits eine prominirende fluctuirende Geschwulst. Aus der oben angegebenen Formveränderung des Schleimbeutels bei Beugung und Streckung, ergiebt sich, dass bei Erguss in die betreffende Bursa die Beugung über einen halben rechten Winkel gehemmt und schmerzhaft sein muss. Die Behinderung der Flexion ist um so auffallender, als in Fällen von Hydrops genu, auch bei sehr reichlichem Erguss, die Flexion viel freier bleibt. Auch pflegt eine gewisse Empfindlichkeit der Regio infrapatellaris bei Druck zu bestehen. Bei weiblichen Individuen kann die Anschwellung manchmal durch einen dicken Panniculus verdeckt sein und solche Fälle können dann für Gelenkneurosen gehalten werden. In den von T. beobachteten Fällen hatte das Leiden zunächst mit einem doppelseitigen Hydrops begonnen. Mit Hülfe der energischen Compression mittelst elastischer Gummibinden wurde in beiden Fällen die Affection mit Erfolg behandelt.

T. vermuthet, dass in manchen Fällen nach Traumen und nach Distorsionen des Gelenkes, wenigstens in den Fällen, in denen am ganzen übrigen Gelenke weder Empfindlichkeit noch Schwellung nachzuweisen ist, es sich wohl um einen hämorrhagischen oder serösen Erguss in die Bursa infrapatellaris profunda handeln möge. Die Erscheinungen lassen sich auf diese Weise oft besser, als durch Annahme einer Schwellung der Plica patellaris und ihrer Fettmasse erklären.

Zu bemerken ist noch, dass T. den Schleimbeutel an der Leiche, ohne ihn durch Präparation freizulegen, eröffnen konnte, indem er ein Tenotom in der Regio infrapatellaris an einem Puncte aufsetzte, der etwa 2 Ctm. von der Tuberositas tibiae entfernt nach innen und oben von derselben gelegen war, und so einstach, dass die Klinge flach hinter das Ligamentum patellae gelangte. —

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Scriba. Aus der chirurg. Klinik zu Freiburg i/Br. Ueber die Gonarthrotomie und ihre Indicationen, besonders bei Kniegelenksentzündungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 32 u. 33.)

Verf. hat sich die dankenswerthe Aufgabe gestellt, sowohl nach den aus der Freiburger Klinik von ihm selbst beobachteten einschlägigen Fällen, als auch aus den in der Litteratur veröffentlichten Berichten über operative Gelenkeröffnung die für das in der Ueberschrift genannte Capitel wichtigen Puncte einer kritischen Würdigung hinsichtlich der Auswahl, des anzuwendenden Verfahrens, des Verlaufs der Heilung und der Endresultate zu unterziehen. Jüngere Mediciner werden kaum noch das Segensreiche des Lister'schen Verfahrens richtig schätzen lernen, da sie den Verlauf der Verletzungen, seien sie zufällige oder behufs curativer Zwecke vorgenommene, bei nicht antiseptischem Verfahren kaum kennen lernen. Ein Capitel, welches allein schon den Werth des Verfahrens in helles Licht stellt, ist das der Gonarthrotomie. Man nimmt jetzt behufs der Behandlung keineswegs lebensgefährlicher Erkrankungen des Kniegelenks dessen Eröffnung vor; und vor einer kurzen Reihe von Jahren sprachen sich noch viele Chirurgen dahin aus, dass eine Eröffnung des Kniegelenkes stets die Amputation des Oberschenkels erfordere. — v. Nussbaum, Thiersch, Volkmann und Schede veröffentlichten zuerst ihre Erfahrungen über Incision und Drainage der Kniegelenke. Sie operirten mit Erfolg bei acuten Vereiterungen, Traumen und chronischem Hydarthros. Volkmann proponirte den Versuch bei chronischen, noch geschlossenen Gelenkeiterungen und Scr. stellt in vorliegender Arbeit die Erfahrungen über Wirkung der Incision und Drainage bei frühen Stadien fungöser Kniegelenksentzündungen zusammen. Wenn man die von ihm beschriebenen Resultate mit den bei früher gebräuchlichen Behandlungsmethoden erzielten vergleicht, bei welchen »Ankylose des Gelenkes selbst in den leichteren Fällen oft das Ideal war, welches die Chirurgen zu erzielen suchten«, wird man recht mit Dank gegen Lister's Methode erfüllt. Die Gelenkdrainage ergab bei aseptischem Verfahren in verhältnissmässig sehr kurzer Zeit bewegliche, fast oder ganz normal functionirende Kniee. Illustrirend führt Verf. 12 Fälle an, die theilweise der Litteratur entnommen sind und deren Details mehrfach Interesse bieten.

v. Mosengeil (Bonn).

R. Volkmann. Die Resection des Kniegelenks mit querer Durchsägung der Patella.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 33.)

Etwa in den letzten 3 Jahren hat V. 21 Kniegelenksresectionen ausgeführt und zwar mit nur 1 Todesfalle an einer acuten tuberkulösen Basilarmeningitis, die das Kind 3 Wochen nach der Resection

dahinraffte. V. betont mit Recht, mit der Resection der Epiphysen eventuell die totale Exstirpation der fungösen resp. tuberkulösen Kapsel zu verbinden. Diese totale Exstirpation der Kapsel erfordert an allen Gelenken einen etwas grösseren Weichtheilschnitt. Am Schulter-, Ellbogen- und Hüftgelenk genügt der Längsschnitt, am Kniegelenk aber schien es V. nöthig, nach einer Schnittführung zu suchen, welche einmal eine accurate Entfernung der Kapsel und der sie umlagernden fungösen Gewebsschichten gestattet, dann aber auch gleichzeitig die Integrität des M. quadriceps fem. erhält oder wiederherstellt. Deshalb hat V. versucht, mit einem quer über die Mitte der Patella verlaufenden Schnitt zu operiren, die Patella in zwei Hälften auseinander zu sägen, das Gelenk zu reseciren und die beiden Patellahälften durch Catgutnähte wieder genau zu vereinigen. Diese Methode hat sich wiederholt als sehr brauchbar erwiesen. Nur bei sehr grossen Resectionen und bei gleichzeitig grossen Massen infiltrirter Weichtheile dürfte sich ein Hförmiger Schnitt empfehlen. Die auseinandergesägte, mit Catgut wieder vernähte Patella ist 14 Tage nach der Operation unter dem antiseptischen Verband wieder ganz fest. Die Patella und die resecirten Epiphysen werden durch je 2 Catgutnähte (mit Hülfe starker, krummer Nadeln und des Langenbeck-schen Nadelhalters) aneinandergenäht. Am Lebenden macht V. den Schnitt zuerst immer nur vom Epicondylus der einen Seite bis an den Rand der Patella, um das Gelenk der Palpation und Inspection zugänglich zu machen und über die Resections-Indication zu entscheiden; eventuell dann nur Drainage. Bei Fixation der Patella ist letztere mit dem Meissel vor oder nach der Durchsägung abzusprengen und ihre Gelenkfläche später so viel als nöthig abzuglätten.

V. berichtet über 4 nach dieser Methode operirte Kinder — nicht gerade günstige Fälle. Bei drei dieser Resectionen konnte die Patella ganz zurückgelassen werden, oder wurde nur die Knorpelfläche abgetragen. Bei der vierten Operation jedoch fanden sich in der Patella selbst drei käsige Herde mit Sequestern und blieb nur die äussere Knochenplatte der Kniescheibe stehen. Trotzdem gelang nach der Catgutnaht die feste Aneinanderheilung beider dünner Stücke ohne Dislocation. Die resecirten Gelenke wurden in allen 4 Fällen sehr rasch fest, trotz des in 2 Fällen stattgefundenen Evidements.

H. Tillmanns (Leipzig).

Kleinere Mittheilungen.

A. Lucae. Ein einfaches und zweckmässiges Tonsillotom.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 11.)

L. hat das Mackenzie'sche Tonsillotom durch einige Abänderungen modificirt. Das Instrument von L. wird mit einer Hand gehalten und dienen hierzu, wie an einigen andern Tonsillotomen, die bekannten 3 Ringe. Das durch einen Schieber und Schraube geführte Messer wird in den Ring, in welchem die Mandel liegt, vorgeschoben. Die wesentlichste von L. angebrachte Ver-

änderung ist eine halbkugelförmige Kapsel, welche an dem die Tonsille umfassenden Ring angebracht ist und dazu dient, die Mandel zu fixiren und nach erfolgter Durchschneidung sicher herauszubefördern. — Das Instrument wird vom Instrumentenmacher Detert in Berlin angefertigt. —

In No. 15 der Deutschen med. Wochenschrift hat Mackenzie in einer Zuschrift an die Redaction einige Angaben Lucae's über den Gebrauch seines Tonsillotoms rectificirt und sich gegen die Zweckmässigkeit der von L. vorgenommenen Modificationen ausgesprochen. Bezüglich dieser Mittheilung sowie der Replik von Lucae muss auf das Original verwiesen werden.

H. Tillmanns (Leipzig).

Lindner. Die Kathetersonde, ihre diagnostische und therapeutische Verwendung.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 26.)

Verf. hat an den Bowman'schen Sonden die oberen Nummern 1, 2 und 3 solide gelassen, die unteren Nummern 2, 3 und 4 durchbohrt und in der Mitte der Platte dieser Sonden einen mit der Hohlröhrensonde in Verbindung stehenden Ansatz angebracht. Durch diesen ist die Hohlsonde mit einer daran zu steckenden Anel'schen Spritze in Verbindung zu bringen. Man kann so neben dem Sondiren zugleich Injectionen vornehmen, z. B. Explorationsinjectionen, um die Wegsamkeit der Thränenwege nachzuweisen, oder zur Einführung medicamentöser Stoffe.

v. Mosengeil (Bonn).

Caspari. Acid. citricum gegen Diphtheritis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 18.)

C. wandte bei etwa 40 Diphtheritiskranken ausschliesslich Citronensäure an und erzielte in allen Fällen gute Resultate. Bei hochgradiger Krankheit Erwachsener oder grösserer Kinder liess C. den liq. acid. citr. rein zu Pinselung anwenden, bei kleineren Kindern oder nur geringerem Krankheitsgrade aber mit 10 Proc. Glycerin verdünnen. Von allen Diphtheritiskranken, welche in der Behandlung des Verf. waren, sind nur 2 Kinder unter einem Jahre gestorben, bei denen die Anwendung der Citronensäure von den Eltern wegen Schmerzempfindung der Kinder aufgegeben war.

H. Tillmanns (Leipzig).

Störck. Operationen im Nasenrachenraume.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 20.)

Wucherungen im Nasenrachenraume, besonders die von W. Meyer in Kopenhagen als »adenoide« beschriebenen, hat dieser Autor durch sein Ringmesser und durch Cauterisationen entfernt, Pollitzer nur durch Cauterisationen, wobei der Zaufal'sche Nasenrachentrichter gute Dienste leistet. Voltolini und Michel bedienen sich der Galvanocaustik, Justi des scharfen Löffels und Verf. besonders seiner Stahldrahtguillotine und Choanenzange mit breiten Branchen. Beispiele aus der Praxis sind beigefügt.

v. Mosengeil (Bonn).

R. C. Lucas. On an impacted tracheotomy-tube in a bronchus.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 792. — Royal med. and chir. soc.)

Ein 56jähriger Mann trug seit 15 Jahren ohne Wechsel dieselbe Trachealkanüle. Eines Tages brach ihm die Aussenkanüle am Schilde ab, und schlüpfte in die Trachea. Da keine besonderen Symptome auftraten, so wurde seiner Erzählung ärztlicherseits kein Glauben geschenkt und eine neue silberne Kanüle eingelegt. Nach 8 Tagen kam er wegen Athembeschwerden und Husten in's Guy's Hospital. Ein Fremdkörper konnte deutlich gefühlt werden, seine Extraction gelang aber nicht. Pat. wurde ohne besondere Beschwerden wieder entlassen, kam aber 1 Monat nach dem Unfalle krank wieder, konnte nicht schlafen, nicht auf der rechten Seite liegen. Die Untersuchung ergab Dämpfung im unteren Abschnitte

der linken Lunge mit aufgehobenem Athemgeräusche; eine längere Trachealkanüle gab freiere Athmung. Da das Sputum fötider und reichlicher wurde, so beschloss man 7 Wochen nach dem Unfalle die Extraction, die nach vielfachen Versuchen mit leicht gebogener Zange gelang; ein eingelegter, elastischer Gummitubus musste schon nach wenigen Stunden mit einer metallnen Kanüle vertauscht werden, da derselbe durch den reichlichen Schleim verlegt wurde, auch gelegentlich zusammenfiel und sich Emphysem um die Kanüle am Halse ausbildete. Es folgte keine Temperaturerhöhung. Die Expectoration und das Hautemphysem bildeten sich langsam zurück; nach 10 Tagen konnte Pat. schon aufrecht sitzen und umhergehen. Der Urin zeigte Eiweiss; es kamen Oedeme am Fussgelenk, später leichtes Anasarca. Der Husten nahm wieder zu; Pat. verliess in diesem Zustande das Hospital. L. macht noch speciell darauf aufmerksam, dass es ihm nicht gelungen sei, nach Hulke's Vorschlage mit am Ende hakenförmig umgebogenem Kupferdraht den Fremdkörper zu erfassen und dass er ihn für einen solchen Fremdkörper auch ungeeignet halte; die Extraction war so langdauernd, weil im chirurgischen Instrumentarium geeignete zangenförmige Instrumente für Körper, die tief in der Trachea oder im Bronchus sitzen, gänzlich fehlen. L. demonstrirte ein nach seiner Angabe hierfür gemachtes Instrument. **Pilz** (Stettin).

A. Grigorjew. Fall von Embolia art. centr. retinae.

(Wojenno- med. Journ. 1876. October, russ.)

Mädchen, 18 Jahr, chlorotisch, in Folge häufiger Augenkrankheiten am linken Auge eine centrale Corneatrübung, Synechia anterior und Verlust des Sehvermögens zeigend. Rechtes Auge gesund. Plötzlich ohne Veranlassung und ohne Schmerz erblindete das gesunde rechte Auge. Bei Besichtigung erschienen die äusseren Theile des Auges normal, vollkommene Unempfindlichkeit gegen Licht; das Ophthalmoskop ergiebt Trübung des Augengrundes, die Gefässe in der Papille leicht gewunden, ähnlich wie beim Glaukom, die Venen erweitert, die Arterien verengt, mit undeutlichen Conturen, keine Venenpulsation; $1^1/_2$''' von der Papille an der inneren Seite ein sternförmiger Pigmentfleck von Hanfkorngrösse; an einigen Stellen der mehr blassen Retina weisse Flecke. — Die im gegebenen Falle vorliegende Embolia art. centr. retin. unterwarf Verf. neben innerlich gereichten Roborantien einer externen Therapie, deren Aufgabe es sein sollte, einerseits Anregung des Collateralkreislaufes zu bewirken (durch Blutegel, reizende Einreibungen von Tart. emet., Ol. Sinap., Ol. Caryophyll. mit Fett), — andererseits Zerstörung des Embolus anzustreben durch Quecksilbersalben, voraussetzend, dass dadurch im Pfropf lösliches Quecksilberalbuminat gebildet werde. — Als Resultat ergab sich allmälige Besserung des Sehvermögens, nach etwa 2 Monaten konnte Pat. kleine Gegenstände unterscheiden, ohne Mühe die Nadel einfädeln und nähen. Beim Ophthalmoskopiren zum Schluss nichts Abnormes nachweisbar. — Wie weit im vorliegenden Falle der Ausgang den angewandten Quecksilberpräparaten oder sonst unbekannten Ursachen zuzuschreiben sei, wagt Verf. nicht zu entscheiden, hofft aber mit der Zeit eine Entscheidung auf experimentellem Wege zu erzielen.

W. Grube (Charkow).

Hock. Ueber doppelseitige Augenmuskellähmung, combinirt mit entzündlicher Erkrankung der Orbita, Protrusion der Bulbi und Neuritis optica des linken Auges.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 26.)

Der Fall betraf einen Knaben, der vor Auftreten der Erkrankung auf das Hinterhaupt gefallen und sich dabei wohl eine Contrafissur an einem Knochen der Orbita zugezogen hatte, welche zur Bildung eines retrobulbären Abscesses und der Entstehung obigen Symptomencomplexes Veranlassung gegeben haben mag.

v. Mosengeil (Bonn).

S. Jones. Lymphadenoma of the pelvis; haematuria, transfusion; death three days subsequently.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 86.)

Einige Tage nach einem Fusstritt in die Dammgegend fühlte ein 12jähriger Knabe Schmerzen beim Sitzen und in der Nacht, welche allmälig an Intensität zunahmen. Eine Woche nach dem Unfall soll ein haselnussgrosser, schmerzloser Tumor hinter dem After sichtbar gewesen sein. Jetzt bei der Aufnahme in's St. Thomas' Hospital erfüllt die Geschwulstmasse die ganze Dammgegend, das Rectum erscheint bis auf den vorderen Umfang durch eine glatte, harte Neubildung, deren obere Grenze gerade abzureichen ist, umlagert. Bald darauf Schwäche und Kribbeln in den Beinen; Pat. wurde schliesslich ganz gelähmt. Im Verlaufe der Krankheit traten Blutextravasate an den Oberschenkeln, dem rechten Unterschenkel und in der Haut über dem 1. u. 2. Kreuzbeinwirbel auf. In der rechten Leiste zeigte sich eine vergrösserte Drüse und unter der Bauchhaut sechs erbsengrosse Knoten. Bei der hochgradigen Anämie gesellten sich Oedeme des Hodensacks und der Füsse hinzu. Roussel verrichtete die directe venöse Transfusion (4 Unz.). Während derselben Athembeschwerden, nach ihr leichte Frostanfälle. Der erste Urin enthielt Blut. Stuhlentleerung unwillkürlich, reichlicher Schweiss, Erbrechen. Am 2. Tage grosse Unruhe und Frostanfälle; am 3. Tage guter Schlaf, Erbrechen, Appetitmangel; am folgenden Tage unter dyspnoetischen Erscheinungen der Tod. Section: Fossa ischio-rectalis von einem Lymphadenom (?) ausgefüllt, das sich $2^1/_2''$ hoch um das Rectum nach oben erstreckt, lose an dieses angeheftet. Die ganze Dammgegend vorgedrängt; secundäre Ablagerungen in der Höhe des 6. Brustwirbels, in der Muskulatur nahe der Wirbelsäule und im Rückenmarkscanal; ferner in der Herzmuskulatur; zahlreiche Ecchymosen in beiden Netzhäuten und in den vorderen Lappen beider Grosshirnhälften.

Pilz (Stettin).

Panthel. Nachtrag zu der von mir empfohlenen Bruchbehandlung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 7. 34.)

P. führt in 2 Nachträgen 6 Fälle von Einklemmungen an, welche 5 Collegen mit Leichtigkeit nach der Methode von P. (cfr. Centralblatt für Chir. 1877. No. 19) reponirten. Verf. hat inzwischen selbst einen Fall von eingeklemmter Schenkelhernie beobachtet, die sich aber für alle Repositionsverfahren unzugänglich erwies. Bei der Operation zeigte sich der Bruchsack vielfach nach aussen verwachsen, sehr verdickt und steif. P. benutzte diese Gelegenheit, die Wirkung seines Verfahrens, des Zuges vom Bauche aus, auf den blossgelegten Bruchsack zu constatiren. Der ganze Bruchsack legte sich trotz seiner Entartung in deutliche Längsfalten und liess erkennen, wie bei günstigeren Verhältnissen, bei namentlich freiem und geschmeidigem Bruchsack das Zurückziehen der Hernie erfolgen kann.

Bezüglich des Zurückhaltens der Hernien durch Bandagen in seinem Sinne (cfr. Centralblatt für Chir. l. c.) hat P. weitere günstige Resultate gesehen.

H. Tillmanns (Leipzig).

E. Lévy. Luxation verticale interne de la rotule par contraction musculaire. Réduction immediate pendant le sommeil chloroformique.

(Revue méd. de l'Est 1877. Bd. VIII. Hft. 3. August.)

Diese immerhin seltene Form von Luxation beobachtete L. bei dem Hausknecht eines Hôtels. Dieser hatte dem Dienstpersonal in der Küche einige Tanzkünste vormachen wollen, dabei öfters das Bein gestreckt in die Höhe zu schleudern versucht. Bei einem dieser Versuche fiel er um und war nicht im Stande sich zu erheben. L. constatirte oben bezeichnete Luxation der Kniescheibe. Reduction durch Flexion und directen Druck auf die Patella.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung, *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prānumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 43. **Sonnabend, den 27. October.** **1877.**

Zur Morphium-Chloroformnarkose.

Ergänzende Bemerkung

von

Prof. **C. Hueter** (Greifswald).

Wenn es sich um eine Bestätigung der praktischen Erfahrungen handelte, welche mein Freund König in No. 39 d. Bl. mittheilt, so könnte ich mich einfach allen seinen Bemerkungen anschliessen. Auch ich schätze das Verfahren der vorgängigen Morphiuminjection, besonders bei Potatoren sehr hoch, übe dasselbe seit 1869 und möchte dasselbe ebenso dringend empfehlen, wie es von König geschieht. Gewiss stimmen noch viele Collegen mit uns überein.

Der Zweck dieser Zeilen ist jedoch ein anderer; sie sollen einen literatur-historischen Beitrag zur Lehre der Narkose liefern, und die Bemerkungen König's in einem Punkt corrigiren, im übrigen etwas ergänzen.

v. Nussbaum hat die Combination des Morphiums mit dem Chloroform etwa sechs Jahre vor Uterhart, nicht nach ihm, wie König angiebt, benutzt, aber in einer anderen Reihenfolge; er machte Morphiuminjectionen nach der Anwendung des Chloroforms, um die Narkose bei langdauernden Operationen zu verlängern. Seine erste Publication hierüber findet sich im Bayr. ärztlichen Intelligenzblatt (Nummer vom 10. October) 1863. Uterhart schickte die Morphiuminjection der Chloroformnarkose voraus, um sie zu verbessern. Seine Mittheilung steht in der Deutschen Klinik 1869, No. 20 (vom 15. Mai). Hier giebt U. an, dass er zum ersten Mal das Verfahren bei Gelegenheit der Mittheilung einiger, nach Simon's Pendelmethode reponirter Luxationen der Schulter in der klinischen Wochenschrift 1868 erwähnt habe.

Der letztere Umstand ist deshalb nicht bedeutungslos, weil auch Claude Bernard in demselben Jahr (Bulletin général. de thérap. 30. Septbr. 1869, vgl. Jahresber. über die Fortschr. in der ges. Medicin von Virchow und Hirsch für 1869 Bd. I. p. 339) auf Grund von Thierversuchen dasselbe Verfahren empfiehlt, welches U. schon am Menschen erprobt hatte. Die Priorität U.'s kann somit als gesichert gelten.

Claude Bernard hat jedoch zweifellos ein grosses Verdienst sich dadurch erworben, dass er die Frage vom Nutzen der Morphium-Chloroformnarkose auf dem sicheren Wege des physiologischen Versuchs eingehend geprüft hat. Seine neuesten Mittheilungen hierüber finden sich in den Leçons sur les anesthésiques (1875), wo auch eine physiologische Erklärung der Beobachtung über den günstigen Verlauf der Morphium-Chloroformnarkose gegeben wird. Claude Bernard nimmt an, dass die vorgängige Morphiumdosis die Erregbarkeit des Centralnervensystems herabsetze und dass letztere dann weniger Widerstand gegen die Chloroformwirkung leiste; das Chloroform werde dann schon in geringerer Menge wirksam.

Die jüngste Erscheinung auf diesem kleinen Literaturgebiet ist die Dissertation von Dr. J. Behse (Greifswald. Juli 1877). Unter Leitung meines Collegen Landois wurden 22 Versuche an Kaninchen und Hunden angestellt, welche die Angaben Claude Bernard's im wesentlichen bestätigen.

So besitzt die Morphium-Chloroformnarkose schon ihre kurze Literaturgeschichte; und wenn ich auch nicht mit Sicherheit behaupten kann, dass es mir gelungen ist, dieselbe hier vollständig darzustellen, so wird es doch dem Praktiker nicht unwillkommen sein zu erfahren, dass er sich bei der Herstellung der Morphium-Chloroformnarkose auf einem, durch physiologische Vorarbeit, wie durch praktische Erfahrung gesicherten Boden bewegt.

Greifswald, im October 1877.

E. Küster. Fünf Jahre im Augusta-Hospital. Ein Beitrag zur Chirurgie und zur chirurgischen Statistik.

Berlin. **Aug. Hirschwald,** 1877.

Der Bericht, welcher die Zeit von Mitte Mai 1871 bis 31. Dec. 1875 umfasst, ist im Wesentlichen dem von Billroth in seinen bekannten »chirurgischen Erfahrungen« gegebenen Schema angepasst. In einem allgemeinen Theile werden zunächst die baulichen und hygieinischen Verhältnisse des Hospitals kurz erörtert. Dasselbe besteht zunächst aus einem massiven Hauptgebäude, welches Verwaltungszimmer, Operationszimmer, Wohnungen der Schwestern, zwei Krankenzimmer zu je 6 Personen und zwei kleinere enthält. Ferner aus zwei Holzbaracken zu je 14 Betten. Dieselben sind mit dem Haupthause durch breite »Uebergänge« verbunden, auf welchen ebenfalls je 9 Betten aufgestellt werden. Eine dritte, später hinzugefügte, den ersten beiden ganz gleich construirte Baracke hat Raum für 18, eine Zeltbaracke für 9—10, zwei Isolirzelte für 2 Kranke. Endlich enthält ein neu errichtetes, zweistöckiges, massives Gebäude, das sogenannte Asyl für Krankenpflegerinnen, ausser den Wohnräumen für die zur Ausbildung aufgenommenen Pflegerinnen Zimmer für 15 bis 18 Privatkranke. Eine zweite Zeltbaracke wird zur Abfertigung der poliklinischen Kranken benutzt. Von den 105—112 Betten waren anfangs 20—40, später 45—55 durchschnittlich mit chirurgischen Kranken belegt. — Das Nähere über die Einrichtung der Baracken (Stand auf hohen steinernen Pfeilern — Wände aus doppelter Bretterlage mit Füllung von Hohlsteinen, ohne Anwendung von Kalk — Dachreiter — Winterventilation durch Mantelöfen) muss im Original nachgesehen werden. Wenig empfehlenswerth ist jedenfalls die Anlage der Closets in oben offenen, mit dem Luftraume des Krankensaales frei communicirenden Verschlägen.

Die hygieinischen Vorzüge des Barackenbaues — welcher übrigens nach K.'s gewiss richtiger Ansicht für Friedensspitäler gegenüber dem Pavillonsystem keinerlei Vorzüge, wohl aber manche Nachtheile darbietet — werden durch die verhältnissmässig freie Lage des Augustahospitals unterstützt, während freilich die Ausdünstungen der nahen Panke namentlich in dem heissen Sommer des Jahres 1874 von übelster Einwirkung waren. So kamen in dieser Zeit Fälle von Pyämie, die im Kriegswinter 1870—71 häufig (8 = 80 % aller Todesfälle), später aber viel seltener geworden waren, in grösserer Anzahl vor. Erysipele waren von Anfang an häufig und von schwerem Verlauf. Seit Einführung der antiseptischen Behandlung kommt Pyämie nur noch vereinzelt vor. — (1875 noch 3, 1876 2 Todesfälle an Pyämie und Septikämie).

In den Berichtsjahren wurden stationär behandelt 1031 Kranke, poliklinisch (seit Juli 1874) 1993, zusammen 3024. Von ersteren starben 140 = 13,5 %, worunter indessen 8 sterbend eingebrachte, 13 unoperirbare Carcinome, 15 Todesfälle nach Tracheotomie wegen Diphthe-

ritis mitgerechnet sind. An accidentellen Wundkrankheiten, welche im Spital zum Ausbruch kamen, starben 25 = 17,8 % der Gesammtmortalität, und zwar an Pyämie und Septikämie 18 (3 Fälle von Peritonitis septica nach Laparotomie, 2 von Endometritis septica nach Entbindungen, 4 Septikämien durch Gangraena senilis nicht gerechnet), an Erysipelas 6, an Hospitalbrand 1. Die Summe sämmtlicher Wunderysipele, abgesehen von den mit entwickelter Krankheit Aufgenommenen, belief sich auf 45. Es ist dabei zu bemerken, dass sowohl das procentarische Verhältniss zur Gesammtzahl der Kranken, als auch die Sterblichkeit allmälig erheblich abgenommen haben. 1875 erfolgte kein Todesfall mehr an Erysipelas.

Ferner kamen 1 Fall von Lymphangoitis (geheilt) und 3 Fälle von Hospitalbrand vor (1 geheilt, 2 †, von letzteren 1 an Pyämie). Im Ganzen sind also unter 1031 Kranken 74 Fälle von accidentellen Wundkrankheiten = 7,17 % zu verzeichnen*), oder unter 722 Kranken mit äusseren Wunden oder Verschwärungen 10,2 %, mit 25 Todesfällen = 2,4 (nicht 2,2) resp. 3,3 % aller Behandelten.

Was die Wundbehandlung betrifft, so bediente sich K. bis zum Februar 1875 des alten Charpiedeckverbandes, und ging dann zum antiseptischen Verbande über. Bei Amputationen grösserer Glieder wurde zu allen Zeiten zwischendurch auch offen behandelt. Hinsichtlich der offenen und antiseptischen Wundbehandlung kommt Verf. nach treffenden Bemerkungen über die Antisepsis auf dem Schlachtfelde zu dem Satz: »die offene Wundbehandlung ist ein sehr dankenswerther Fortschritt der chirurgischen Therapie, die antiseptische Behandlung gehört zu den bedeutendsten Errungenschaften, welche die Chirurgie überhaupt aufzuweisen hat.« —

K. behandelt jetzt streng nach Lister alle schweren, frischen Verletzungen und grossen Operationswunden; mit Salicyljute die meisten schon eiternden Wunden und Geschwüre; endlich leichte Verletzungen, besonders an den Fingern, mit Carboljute. Die beiden letzten Methoden sind weniger sicher, der Carboljuteverband machte oft Eczeme.

Hinsichtlich der complicirten Fracturen und der Gelenkresectionen hebt K. mit vollem Rechte die ausgezeichnete Fixation hervor, welche dieselben schon allein durch die steife Hülle des Lister'schen Verbandes erhalten. Unter gleichzeitiger Benutzung entsprechender Hohlschienen wird man im Frieden mit seltenen Ausnahmen kein Bedürfniss haben, zu dem viel umständlicheren Gypsverband zu greifen. —

Die Catgutdrainage von Chiene in Edinburgh hat Verf. (wie

*) K. zählt, offenbar in Folge eines Versehens, 74 Fälle auf 1133 Kranke = 6,5 %, indem er die Summen der in den Einzeljahren Behandelten, inclusive des jedesmaligen Restbestandes des Vorjahres addirt und die Totalsumme der Berechnung zu Grunde legt, wobei ja eine Anzahl von Kranken mehrfach gezählt wird, was natürlich nicht angeht. Ref.

auch den Ref.) bei grösseren Wunden nicht befriedigt. Für kleine benutzt er sie mit Erfolg.

Aus dem allgemeinen Theil sind noch hervorzuheben eine Besprechung der Chloroformnarkose (2 Todesfälle. Empfehlung des Chloralchloroforms oder der nochmaligen Destillation des gewöhnlichen käuflichen Chloroforms), der Frage über Operationen während der Schwangerschaft, der Transfusion. Ueber den Nutzen der letzteren denkt Verf. wohl mit Recht sehr kühl. Thierbluttransfusion hält er für ganz unzulässig.

Aus dem topographisch-casuistischen II. Theil des Berichtes erwähnen wir zunächst eine eingehendere Erörterung der Nachbehandlung nach der Tracheotomie. K. empfiehlt sehr warm die consequente Anwendung von Inhalationen mit 2procentiger Milchsäure. Während nämlich 390 in verschiedenen Krankenhäusern Berlins im Jahre 1875 ausgeführte Tracheotomien eine Mortalität von 65,38% ergaben, und die Mortalität der Krankenhäuser, in welcher in der Nachbehandlung consequente Inhalationen nicht zur Anwendung kommen, zwischen 65 und 85% schwankt (durchschnittlich 68%, nämlich 227 von 333), erzielte K. unter 43 Tracheotomien 23 Heilungen = 46,51% Mortalität, oder, da 2 während oder gleich nach der Operation starben, von 41 Operirten 23 Heilungen = 43,9% †. Diese auffallend viel günstigeren Ziffern glaubt er der consequenten Anwendung der Inhalationen (2stündlich, zuweilen öfter, im späteren Verlauf seltener) zuschreiben zu müssen. Dieselben haben nach K. einen besonders günstigen Einfluss auf die Fälle, bei welchen sich eine hervorragende Neigung zur Bildung von Croupmembranen in den Bronchien zeigt. Von 16, bei welchen bereits bei der Operation Croupmembranen in der Trachea gefunden wurden, genasen 9, ein allerdings ganz ausserordentlich günstiges Resultat, da gerade diese Fälle bei der gewöhnlichen Behandlung eine sehr schlechte Prognose gaben und nur höchst ausnahmsweise zu einem günstigen Ausgang gebracht werden, wie K. (ganz in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen des Ref.) mit Recht hervorhebt. Die eigentlichen diphtheritischen Einlagerungen in Trachea und Bronchien hält K. für absolut tödtlich und hier die Inhalationen für ganz wirkungslos. An Urämie hat Verf. nur 2 Kranke verloren und hält sie demnach für verhältnissmässig selten. (Ref. sah sie, vielleicht zufällig, erheblich häufiger.)

Eine von K. exstirpirte und untersuchte tiefe Atheromcyste des Halses zeigte ähnliche Verhältnisse, wie die von Lücke und eine der vom Ref. beschriebenen; in der Deutung schliesst sich K. den Ansichten des Ref. an, ebenso wie er der von demselben empfohlenen primären Exstirpation vor allen anderen Behandlungsweisen den Vorzug giebt. (Ref. exstirpirte vor zwei Jahren eine noch nicht beschriebene derartige Cyste, welche noch gar nicht behandelt war, mit leichtester Mühe).

Beachtenswerthe und interessante Bemerkungen über Gastrotomie,

über Glüheisenwirkung bei Myelitis und Meningitis spinalis, Operation der Empyeme s. im Original.

Von 23 operirten Brustkrebsen starben 4 an Erysipel. Nur 3 wurden definitiv geheilt, 2 leben noch mit Recidiv; 12 starben später an Recidiven, 2 unbekannt. —

8 Rectumstricturen werden grossentheils auf syphilitische Basis zurückgeführt. K. benutzt zur Untersuchung ein Fergusson'sches Speculum von Metall und von mehr als der doppelten Länge des gewöhnlich gebrauchten. — Von 10 Herniotomien (7 Männer, 3 Weiber) starben 5 (3 Männer, 2 Weiber). Eine Echinococcusoperation endete unglücklich. — 2 Lithothripsien, 1 gebessert, 1 vorübergehend geheilt. Recidiv, Lateralschnitt, Hospitalbrand, †.

Bei der Operation der Hydrocele durch Jodinjection hatte K. 2 Misserfolge, indem partielle Gangrän des Hodensackes eintrat (hat Ref. nie erlebt). K. ist Anhänger der antiseptischen Incision, glaubt aber, dass sich häufig chronische Orchitis mit langdauernder, erheblicher Empfindlichkeit des Hodens daran anschliesst.

3 Ovariotomien, 2 Incisionen von Ovariencysten, sämmtlich gestorben. 3 Punctionen: 1 Besserung, 2 † (Carcinome). Der interessante Sectionsbefund eines 11 Jahre alten activen Schlottergelenks nach Ellbogenresection ist im Originale nachzulesen, ebenso die genauere Beschreibung eines durch Farbentafel illustrirten Falles von Myxogliosarcom des Nervus medianus. Es sei nur erwähnt, dass die Exstirpation der Geschwulst mit Resection des Nerven keine Bewegungsstörungen zur Folge hatte, zur Erklärung welcher auffallenden Thatsache K. die geistreiche Auseinandersetzung Letiévant's anführt.

K.'s Resultate bei der Behandlung complicirter Fracturen sind recht geeignet, dem Leser die traurigen vorantiseptischen Zeiten in das Gedächtniss zurückzurufen. In die Periode der alten Deckverbände und der offenen Wundbehandlung fallen nämlich: 2 complicirte Vorderarmbrüche, 1 geheilt, 1 † (Pyämie), 6 Brüche des Unterschenkels oder der Tibia, 5 †. (2 Delirium tremens, 2 Pyämie, 1 Septikämie — 3 allerdings nicht frisch aufgenommen.) 1 Fract. fibulae. Phlegmone, Amput. femoris supracondyl. — Heilung. — 3 Fracturen an Metatarsus und Zehen, alle frisch aufgenommen. 1 brandige Phlegmone, Amput. femoris supracondyl., Heilung. 1 Delirium tremens, †. 1 conservativ behandelt, geheilt. —

Dagegen wurden antiseptisch behandelt:

2 Fract. antibrachii, beide secundär amputirt (Blutung — Gangrän), beide geheilt. 1 Fract. femoris, 14 Tage alt, mit Jauchung aufgenommen. Spiessung der Art. femoralis durch spitzes Fragment. Wiederholte Blutungen. Hohe Amputation. Tod nach 2 Stunden (60jähr. Mann). 1 Fract. cruris comminutiva, 52jähr. Mann. — Fieberloser Verlauf. Heilung. 1 Gelenkfractur des Malleol. intern. — Fast fieberloser Verlauf. Heilung. 1 Fract. metatarsi (Eisenbahnüberfahrung, grosser Hautverlust). Spätamputation nach Chopart. Heilung. Function gut. —

Eine sehr summarisch gehaltene Uebersicht über die in der Poliklinik beobachteten Erkrankungsformen und eine Tabelle sämmtlicher Operationen bilden den Schluss der verdienstlichen Arbeit, aus welcher natürlich nur ein Theil der interessanteren Abschnitte hier Berücksichtigung finden konnte. — **Schede** (Berlin).

Heinr. Ranke. Zur Wirkungsweise der Anaesthetica.

(Centralbl. für die med. Wissensch. 1877. No. 34.)

Auf Grundlage eigner früherer und neuer Untersuchungen tritt Verf. der Ansicht von Binz entgegen, dass die schlafmachenden Stoffe der Pharmacopöe »die Fähigkeit besitzen, eine Art von Gerinnungszustand der Substanz der Gehirnrinde in frischen Partikeln zu bewirken«. Für das Morphium lässt sich dieses auch bei verschiedenartigen Untersuchungsmethoden nicht nachweisen. Dagegen ist für Chloroform, Chloralhydrat, Aether, Amylen, Bromalhydrat und Bromoform leicht nachzuweisen (durch Injection gewisser Quantitäten in die Aorta oder Arteria cruralis), dass sie Muskelstarre hervorrufen. Gerbsäure und verschiedene Metallsalze, die auf den gleichen Effect geprüft wurden, hatten nicht den Erfolg, d. h. riefen keine Starre hervor, ebensowenig Morphiumlösung.

Die Eiweissgerinnung und Muskelstarre repräsentiren das Endstadium der Wirkung der genannten Anaesthetica. In früheren Stadien werden sie wohl so wirken, dass sie die Eiweissmolecüle in den Ganglienzellen etc. »nur gewissermassen festbannen und unbeweglich machen, eine Wirkung, welche bei Entfernung der Ursache ohne Schwierigkeit als ausgleichungsfähig gedacht werden kann«.

A. Bidder (Mannheim).

Girard. Ueber die sogenannte blaue Eiterung.

(Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. VII. p. 389.)

Verf. machte verschiedene Uebertragungsversuche mit blauem Eiter, und es gelangen ihm die Uebertragungen nicht nur auf eiternde Wunden, sondern der Farbstoff bildete sich auch in Verbandstücken, die mit Schweiss oder Eiweisslösungen getränkt waren. Auch im Lister'schen Verbande verlor das Ferment seine Wirksamkeit nicht. Dass dieses Ferment ein belebtes sei, schliesst G. daraus, dass stets in grosser Anzahl bläulich gefärbte Vibrionen vorhanden sind, welche ihre Lebensfähigkeit selbst nach einer 2 Jahre dauernden Eintrocknung nicht verlieren, dass aber Glycerin, welches ja die unbelebten Fermente conservirt, die Uebertragbarkeit der »Cyanochrosis nosocomialis« aufhebt. Zur Darstellung des Pyocyanins wurden die gefärbten Verbandstücke mit Chloroform, dieses dann mit verdünnter Schwefelsäure extrahirt; die wässerige Lösung von schwefelsaurem Cyanin wird mit Ammoniak bis zum Eintritt dunkelblauer

Färbung versetzt und aus dieser Lösung dann das reine Pyocyanin mit Chloroform ausgeschieden.

Die Darstellung der Pyoxanthose aus Pyocyanin gelang durch Kochen des blauen Farbstoffes mit Natronlauge und durch Schütteln der mit Essigsäure neutralisirten Lösung mit Chloroform.

Die Darstellung des Pyocyanins aus Pyoxanthose gelang Verf. nicht.

Eine Elementaranalyse der beiden Farbstoffe war wegen der zu geringen Menge des Materiales unausführbar. — (Vergl. auch die Mittheilung des Verf. im Centralblatt für Chir. 1875, p. 785. Red.)

Gerzany (Wien).

Fournier. Du purpura jodique (iodisme pétéchial).

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. No. 9.)

F. beschreibt eine Form von Purpura, die nach Jodgebrauch eintritt und welche er in drei genau verfolgten Fällen beobachtet hat.

Die Jod-Purpura hat ihren Sitz regelmässig auf der vorderen Fläche der Oberschenkel und besteht aus zerstreuten miliaren Petechien, die ohne Allgemeinerscheinungen auftreten. Sie zeigt sich wenige Tage nach Beginn des Jodgebrauches, wird bei Erhöhung der Dosen stärker und verschwindet rasch, wenn das Medicament weggelassen wird. Bei erneutem Jodgebrauch trat in den Fällen des Verf. stets wieder die Purpura auf. Th. Kölliker (Würzburg).

W. Oehme. Ueber Erythema nodosum und seine Beziehung zur Tuberculosis.

(Arch. der Heilkunde XVIII. Jahrg. Hft. 5.)

Auf Grund von 18 Krankheitsgeschichten (ein eigner Fall, 17 aus der Praxis von Fiedler) bespricht Verf. die Eigenthümlichkeiten des in neuerer Zeit besonders von Uffelmann untersuchten Erythema nodosum. Dem Ausbruch der gerötheten, im Centrum Pseudofluctuation zeigenden Knoten, welche sich ganz überwiegend an den Streckseiten der Extremitäten befinden, geht vorher und begleitet ein durchschnittlich 9 Tage dauerndes Fieber, das bis über 40° C. hinaufgehen kann, dessen Intensität aber nicht immer mit der Zahl der Knoten übereinstimmt. Besonders Kinder und junge Leute werden vom Erythem ergriffen, welches nach ca. 3 Wochen bei kräftigen und sonst gesunden Individuen abgelaufen ist, ohne nachtheilige Folgen zu hinterlassen; begleitende Gelenkaffectionen oder Erkrankungen des Endocardiums gehören nicht zur Regel. Ominös wird das Erythem aber bei Personen mit schlechter Constitution oder ungünstigen hereditären Gesundheitsverhältnissen; bei diesen erfolgt meist bald allgemeine Tuberkulose; Verf. führt einen solchen Fall an, in dem ein an Erythema nod. erkranktes und scheinbar genesenes Kind einige Wochen später an tuberkulöser Meningitis starb.

Die Aetiologie der Krankheit ist noch nicht aufgeklärt. Verf. ist jedoch geneigt, sich der Ansicht Lewin's anzuschliessen, und eine vasomotorische Neurose zur Erklärung heranzuziehen.

Verf. sieht das Erythema nod. als eine Allgemeinerkrankung an, »als deren Ausdruck die Hautaffection vor allen anderen Erscheinungen entgegentritt«; er hält die Anschauung derjenigen Autoren nicht für erwiesen, »welche das knotige Erythem als eine nosologische Species ganz von den übrigen Erythemarten trennen«.

A. Bidder (Mannheim).

A. Hartmann. Ueber die Perforation des Warzenfortsatzes.

(Arch. f. klin. Chir. 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

Nach einer kurzen historischen Einleitung beschreibt H. die von v. Troeltsch, Pagenstecher, Jocoby, Lucae, Schwartze, Eysell, Bezold, Buck zur Perforation des Warzenfortsatzes angegebenen Operationsmethoden. Verf. empfiehlt nach sehr sorgfältigen, an 100 Schläfenbeine vorgenommenen Untersuchungen und Messungen folgende Operationsmethode, welche vor Verletzungen des Sinus und der Dura mater am besten sichert: der Hautschnitt muss in der Anheftungslinie der Ohrmuschel gemacht werden; diese wird nach vorn abgezogen, und die Knochenoberfläche vom Periost entblösst. Dann wird ein 4 Mm. breiter Bohrer 8 Mm. hinter der Spina supra meatum in gleicher Höhe mit derselben, ungefähr 7 Mm. unter der Linea temporalis, unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Standes der oberen Wand des Meatus aufgesetzt und in einer der Gehörgangsaxe parallelen Richtung in den Knochen eingetrieben. Nach Durchbohrung der äusseren Schicht muss sehr vorsichtig vorgegangen werden, um ein plötzliches Einsinken zu vermeiden. Die Operation mit dem Meissel muss an derselben Stelle gemacht werden. Nur die äussere Oeffnung des Canals darf trichterförmig erweitert werden, um den Secreten freien Abfluss zu schaffen. Macht ein vorhandener Sequester eine Erweiterung des Canals in seiner ganzen Ausdehnung nothwendig, so muss diese hauptsächlich in der Richtung gegen den Gehörgang geschehen. — Was die Tiefe des Eindringens betrifft, so gelang es H., an der Leiche selten schon in der Tiefe von 10—12 Mm. das Antrum zu öffnen; häufig musste er bis zu 16 Mm. vordringen. Ein tieferes Eingehen widerräth der Verf., da man, abgesehen von der dann möglichen Verletzung der halbcirkelförmigen Canäle und des Canalis Fallopiae, annehmen kann, dass man in falscher Richtung vorgedrungen ist. — Die Sinusverletzung erfolgt eventuell schon früher, als wenn man über 1 Ctm. tief eingedrungen ist, da der Sinus je stärker er sich hervorwölbt, um so mehr auch nach aussen tritt, wie durch Zeichnung erläutert wird. — Ist die Oeffnung zu klein, so räth H., die Oeffnung von aussen mit der Eröffnung des Antrum vom äusseren Gehörgange aus zu verbinden, wozu er sich eines besonderen Bohrers bedient. Schliess-

lich ergeben die Untersuchungen des Verf., dass bei der Operation im jugendlichen Alter die Gefahr für eine Sinusverletzung verhältnissmässig geringer ist, als beim Erwachsenen.

Maas (Freiburg i/B.).

G. Simon. Chirurgie der Nieren.

I. Theil:*) Glückliche Exstirpation einer Niere zur Heilung einer Harnleiter-Bauchfistel.

Erlangen 1871. 89 S.

II. Theil: Operative Eingriffe bei Verletzungen und chirurgischen Krankheiten der Nieren und Harnleiter.

Stuttgart 1876. 314 S.

Verf. theilt zunächst den Vortrag mit, den er am 2. Aug. 1869 unmittelbar vor der von ihm zuerst ausgeführten Exstirpation einer Niere gehalten, in welchem er die Zulässigkeit der einseitigen Nephrotomie bei Harnleiterbauchfisteln — welche Affection in seinem Falle vorlag — deducirte. Nachdem er über die Entstehung und Diagnose der linksseitigen Harnleiterbauchfistel seiner Pat. gesprochen und seine missglückten Versuche, die Continenz des Urins bei derselben auf anderem Wege wieder herzustellen, erwähnt hat, kommt er zu dem Schluss, dass derselben nur durch die Entfernung der Niere geholfen werden konnte. Die Gefahren, die man dieser Operation a priori zuschreibt, existiren nach ihm nicht; sie ist nicht gefährlicher als die Ovariotomie, die Hysterotomie und die Splenotomie bei Verletzungen der Milz; ausserdem war in dem vorliegenden Falle bei der Scheusslichkeit des Leidens eine selbst lebensgefährliche Operation indicirt, wenn sie nur vollständige Heilung zu bringen im Stande war. Es folgt endlich die genaue Beschreibung der Operationsmethode in 4 Acten: Hautschnitt, Blosslegung der Niere, Auslösung derselben aus ihrer Umhüllung, Unterbindung des Stiels und Abtrennung des Organs.

Verf. theilt hierauf die Operations- und Krankengeschichte mit. Die Operation dauerte 40 Minuten und verlief ohne weitere Complicationen. Aus dem Krankheitsverlaufe ist bemerkenswerth, dass keine Spur von Urämie bei der Pat. eintrat; Urin stets eiweissfrei, in den ersten vier Tagen 400, dann zwischen 500 und 1000 Kbcm. In der 6. Woche steht Pat. auf, die Bauchfistel hat sich geschlossen; Pat. befand sich noch im J. 1876 im besten Wohlsein.

Hieran reihen sich epikritische Bemerkungen zur Operations- und Krankengeschichte, in denen Verf. über Harnleiterfisteln im Allgemeinen spricht und die Thatsache erklärt, dass der plötzliche Ausfall der Function einer Niere keinen ungünstigen Eindruck auf das

*) Der Vollständigkeit halber und mit Rücksicht auf das hervorragende Interesse des ausgezeichneten Werkes haben wir es für zweckmässig gehalten, auch den schon früher erschienenen ersten Theil mit referiren zu lassen.

Die Redaction.

Befinden eines Pat. übt; auch nicht für die Folge, indem namentlich keine Herzhypertrophie bei einseitig nephrotomirten Individuen eintritt.

Den Schluss des ersten Bandes bilden Beobachtungen an Menschen und Experimente an Hunden über die consecutiven Veränderungen der Niere und des Herzens bei einseitigem Nierenmangel. Aus ersteren geht hervor, dass bei angeborenem und bei allmälig erworbenem Mangel einer Niere in der Regel die andere wächst und nur in Ausnahmefällen normal gross bleibt, und dass keine linksseitige Herzhypertrophie entsteht, wenn die functionirende Niere durch vicariirendes Wachsthum in den Stand gesetzt ist, die Functionen der ausgefallenen zu ersetzen. Die sehr ausführlich mitgetheilten Experimente ergaben, dass nach einseitiger Nephrotomie die zurückbleibende Niere ebenfalls in der Regel vicariirend wächst, was sehr bald beginnt, aber gewöhnlich erst nach vielen Monaten vollendet ist; dass nach einseitiger Nephrotomie eine linksseitige Herzhypertrophie nicht zu Stande kommt, wenn die zurückgelassene Niere vicariirend wächst. —

In dem zweiten Theile behandelt Verf. zunächst die Verletzungen der Niere, dann die Steinkrankheit, endlich die suppurativen Entzündungen der Niere und des Nierenbeckens und die Pyo- und Hydronephrose. In jedem dieser vier Abschnitte bespricht er genau und ausführlich die Aetiologie, die Symptome und den Verlauf, die Diagnose und die Behandlung der betreffenden Nierenaffectionen. Den Kern des Werkes bildet die operative Behandlung der chirurgischen Nierenkrankheiten, deren Indicationen Simon weiter stellte, als jemals vor ihm geschehen ist. Hierher gehört die regelrechte Exstirpation der Niere bei drohender Anämie in Folge profuser Blutungen bei Verletzung des Organs, die Empfehlung des diagnostischen Lendenschnittes, des Lenden-Nierenschnittes und eventuell der Exstirpation der Niere im Stadium der Eiterung; ebenso bei der Steinkrankheit. — In dem Abschnitte über die Hydronephrose bespricht er genau die Differentialdiagnose derselben von Ovariencysten und stellt als wichtigstes Hülfsmittel für dieselbe die von ihm angegebene manuale Rectalpalpation, die Sondirung des Innern der Geschwulst vermittels langer durch den Probetroikar eingeführter Sonden und die Palpation der Nierenkelche nach der Eröffnung der Cyste in den Vordergrund. Als die einzig indicirte Therapie erklärt er die Anlegung einer Nierenbeckenbauchfistel, womit er eine Heilung der Hydronephrose bewirkte, während sämmtliche übrigen Operationsversuche, die sich in der Literatur verzeichnet fanden, tödtlich endeten; und als zu erstreben stellt er die Herstellung der Durchgängigkeit des natürlichen Abflussweges durch den Harnleiter hin, entweder nur vom Ostium pelvicum aus beim Manne, oder von diesem und der Blase aus durch die erweiterte Harnröhre beim Weibe.

Jedem Abschnitte sind eine Reihe von Krankengeschichten beigegeben und dieselben mit epikritischen Bemerkungen versehen; und zwar sind die Fälle, in denen operative Eingriffe bei chirurgischen

Nierenkrankheiten vorlagen, vollständig gesammelt, die übrigen Krankengeschichten mit der Absicht zusammengestellt, an ihnen zu zeigen, dass die von dem Verf. aufgestellten Indicationen für operative Eingriffe in diesen Fällen vorlagen und künftighin die entsprechenden Operationen zur Ausführung kommen müssen. Von besonderem Interesse sind die Fälle, in denen Simon eine Niere wegen Steinkrankheit exstirpirte und bei Hydronephrose eine Nierenbeckenbauchfistel anlegte.

H. Wildt (Berlin).

Petit. Influence de la pleurésie sur la marche de certaines tumeurs liquides de l'abdomen.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. No. 9.)

P. beschreibt vier Fälle von Tumoren des Unterleibes (drei Mal Hydatidencyste der Leber, ein Mal Hydronephrose), die in Folge einer Pleuritis sich vergrösserten. In den drei Fällen von Leberhydatiden kam es zu Eiterung und Schrumpfung der Cyste. Die Kranke mit Hydronephrose erlag.

Verf. schliesst daraus, dass bei bestehenden Echinococcen der Leber eine Erkrankung an Pleuritis einen Reiz bilde, durch welchen die Cyste zur Entzündung mit darauf folgender Schrumpfung komme.

Eine gleiche Wirkung zeigt die Pleuritis auf Hydronephrosen.

Th. Kölliker (Würzburg).

A. Woelfler. Incarceration einer Abdominalcyste im rechten Leistencanale; Operation, Heilung.

(Arch. f. klin. Chir. 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

Bei einem 19jährigen Kellner, der mit allen Zeichen eines eingeklemmten Bruches in die Billroth'sche Klinik aufgenommen worden war, fand sich nach Blosslegung der an der gewöhnlichen Stelle der rechtsseitigen Leistenhernie liegenden Geschwulst eine Cyste, d. h. ein Theil eines grossen abgeschlossenen Sackes, der sich in das kleine Becken erstreckte, nach rechts etwa bis zur Mitte des M. psoas reichte, etwa die Grösse eines Kindskopfes hatte. Es ergab sich, dass weder Darm noch Netz, sondern die stärkere Füllung der Cyste die Einklemmungserscheinungen hervorgerufen hatte. Nachdem sich nach 15 Tagen die nekrotische innere Auskleidung der Cystenwand abgestossen hatte, trat unter Verkleinerung der Geschwulst bis zur Hühnereigrösse Heilung ein.

Eine sorgfältige Untersuchung von excidirten Cystenstücken, sowie der sonstigen Verhältnisse lässt W. zu dem Schlusse kommen, dass es sich in dem vorliegenden Falle um einen bedeutenden Hydrops des Wurmfortsatzes handelte, wie solche Hydropsien auch v. Rokitansky, Virchow, Foerster, W. Gruber erwähnen. — Da in dem excidirten Cystentheile keine Spur von Drüsen zu finden war, so untersuchte W. 4 normale Proc. vermiformes

von Erwachsenen und fand, dass sowohl die Lieberkühn'schen, als auch die solitären Follikel ganz oder zum grössten Theile fehlten. —

Für die Entstehung der Cyste nimmt Verf. an, dass nach einem Trauma, welches Pat. vor zwei Jahren durch Ueberfahren des Unterleibes erlitten hatte, eine circumscripte Peritonitis resp. Perityphlitis entstanden war. Durch diese verwuchs der Wurmfortsatz mit dem Peritoneum pariet. und wurde von aussen her abgeschnürt. Aus dem abgeschnürten Wurmfortsatze entwickelte sich eine Retentionscyste, welche sich in den rechten Leistencanal vordrängte und durch schnelle Zunahme der Flüssigkeit die Einklemmungserscheinungen hervorrief. —

Hieran knüpft W. noch die Mittheilung eines Falles von akutem Hydrops eines nach oben obliterirten Bruchsackes, welcher bei einem 34jährigen Epileptiker gleichzeitig mit Kothbrechen beobachtet wurde. — Der leere Bruchsack wurde incidirt, drainirt; das Kothbrechen bestand aber fort, bis durch ein Klysma reichliche Stuhlentleerung erfolgte. Es wurde nun festgestellt, dass der Pat. vor 6 Monaten eine Invagination des Darms mit nekrotischer Abstossung des invaginirten Darmstückes gehabt hatte. An der narbig stenosirten Stelle mag nun eine Koprostase stattgefunden haben, welche den Ileus hervorrief und nach dem ausgiebigen Klysma wich. —

Maas (Freiburg i/B.).

Kleinere Mittheilungen.

Kroemer. Natron lacticum als Hypnoticum.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 15. 16.)

K. hat die bekanntlich von Preyer mitgetheilte hypnotische Wirkung des Natr. lacticum in mehreren Fällen erprobt. Die bisher erzielten und bekannt gegebenen Erfolge (L. Meyer, Mendel, Erler, Otto und Fischer) waren theils positive, theils — und zwar zur Mehrzahl — negative. K. erzielte in keinem Falle durch Natr. lacticum vollkommen genügenden Schlaf und in keiner der Psychosen zeigte sich eine calmirende oder heilende Wirkung. Irgend welche schädlichen Einflüsse konnten mit Ausnahme von Diarrhoen in 2 Fällen nicht constatirt werden. In einem Falle bestand hartnäckige Obstipation trotz des 3maligen Dosen von 50,0 Natr. lact. Temperatur, Puls, Respiration wurden in keiner Weise durch das Mittel beeinflusst. — Im Ganzen wurde das Natr. lact. bei 17 Patienten (8 M., 9 W.) versucht. Von den einzelnen Krankheitsformen finden sich vertreten Melancholie 3 Mal, Manie 9 Mal, Dementia paralytica 2 Mal, secundäre Seelenstörung 3 Mal. Die per os gegebene Dosis betrug einen Esslöffel voll, etwa 25,0 Gramm. Die 17 Pat. erhielten zusammen 109 solcher Dosen, so dass die Durchschnittszahl der von einem Pat. genommenen Dosen 6,4 ist. Als Maximum der verabreichten Dosen finden sich 26, dann 17 verzeichnet, die übrigen Pat. erhielten alle weniger als 10 Dosen. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Mouronval. Deux nouveaux cas de lésion traumatique de la région pariétale gauche du crâne suivie d'aphasie.

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 46.)

1) 22jähriger Mann, Schlag mit einem Stock mit Bleiknopf auf das linke Seitenwandbein. Nachdem eine momentane Bewusstlosigkeit verschwunden war,

konnte der Kranke nach Hause gehen und verschwieg den Vorfall. 36 Stunden später tritt Nasenbluten auf, er geht einen Arzt zu consultiren, kann aber dort angelangt nichts Anderes sagen, als: Oui; tout, tout. Seine Schwester, welche ihn zu dem Arzte begleitet hatte, bemerkte schon früher, dass seine Sprache verändert war und er seine Antworten suchen musste. Fünf Tage später trat der Tod ein, die Symptome waren dieselben geblieben; es fand sich eine Fractur des linken Seitenwandbeines mit Zerreissung der Meningen und einem ausgedehnten Bluterguss.

2) Ein 50jähriger Mann, der mit einem Stocke über die linke Schläfe geschlagen worden war, zeigte 24 Stunden später eine Depression mit Crepitation des Seitenwandbeines; 36 Stunden nach der Verletzung verlor er, bei vollkommenem Bewusstsein, die Fähigkeit, die richtigen Worte zu wählen; der Zustand dauerte durch $1\frac{1}{2}$ Tage; 11 Tage später ist der Pat. in Reconvalescenz.

Winiwarter (Wien).

Bouchut. Meningite granuleuse traumatique.

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 64.)

Ein 4jähriges Mädchen hatte eine Beule am linken Stirnhöcker, welche incidirt wurde und aus der sich Blut entleert haben soll. Den Tag nach der Operation wurde das Kind von Convulsionen befallen, die sich während 8 Tagen häufig wiederholten, dann trat ein somnolenter Zustand ein, in welchem das Kind einige Male erbrach, fortwährend jammerte und von einer rechtsseitigen Hemiplegie befallen, einen Monat nach der Incision starb. Die Section ergab eine ausgedehnte Sinusthrombose, welche sich bis in die Jugularis fortsetzte. Am Stirnhöcker der Knochen entblösst, nekrotisch, an seiner Innenfläche von einer käsigen, eitrigen Masse bedeckt, über welcher die Dura verdickt, geröthet und von 4 feinen Löchern durchsetzt ist. Die Pia ist von Eiter bedeckt, in ihr sitzen stellenweise kleine graue tuberkelähnliche Knötchen. Im Herzen endocardiale Vegetationen; die Lungen und die übrigen Organe vollkommen gesund, keine Spur von Tuberkulose zeigend. An beiden Augen Neuro-Retinitis mit Venenthrombose. — B. hebt die exquisit traumatische Natur dieser Meningitis hervor, weshalb jene tuberkelähnlichen Knötchen durchaus nichts anderes zu bedeuten hätten, als einfache, entzündliche Granulationen, wie sie eben im Kindesalter an den Meningen in seltenen Fällen vorkommen.

Winiwarter (Wien).

Küssner. Ueber eine eigenthümliche Form tuberkulöser Zungenerkrankung.

(Deutsche Zeitschr. f. praktische Medicin 1876. No. 52. p. 530.)

Bei einer an Lungen- und Darmphthise leidenden Patientin von 25 Jahren, welche wegen puerperaler Geisteskrankheit in die Behandlung kam, beobachtete Verf. eine eigenthümliche Erkrankung der Zunge, die während einer früheren Gravidität begonnen, in der jüngsten Schwangerschaft sich weiter ausgebildet hatte. Die Zunge war stark vergrössert; der vordere Theil, soweit er beim Herausstrecken der Zunge sichtbar wird, erscheint mattroth, körnig, der Schleimhaut beraubt, zum Theil mit zähem Secret bedeckt, zum Theil von eiterigem Belag und weisslichen nekrotischen Fetzen; Consistenz ist beträchtlich vermehrt. An beiden Kieferwinkeln eine Reihe bohnengrosser, indurirter Lymphdrüsen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab nach dem Tode der Patientin zum Theil fettige Degeneration, zum Theil interstitielle Wucherung, keine Tuberkeleruption in der Zunge.

Beeters (Berlin).

Weinberg. Untersuchungen über die Gestalt des Kehlkopfes in verschiedenen Lebensaltern.

(Arch. für klin. Chir. 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

Verf. hat nach Ausgüssen des Kehlkopfs mit Paraffin die Grösse desselben in verschiedenen Lebensaltern (vom 4. Monate bis zu 35 Jahren) festgestellt. Wegen der näheren Angaben müssen wir auf die Tabelle und die beigegebenen Zeichnungen des Originals verweisen.

Maas (Freiburg i/B.).

Kappeler. Zwei Oesophagotomien.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. VII. p. 379.)

Verf. machte in zwei Fällen von Carcinom der Speiseröhre die Oesophagotomie, um durch Beseitigung der Strictur das Leben zu verlängern. In beiden Fällen musste die Eröffnung der Speiseröhre oberhalb des Tumors gemacht werden, und der Tod erfolgte beide Male sehr bald durch von der Wunde ausgehende Jauchung.

Gersuny (Wien).

Fr. Mosler. Ein Fall von congenitaler Dextrocardie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 26.)

Verf. beobachtete den Fall bei einer 36 Jahre alten Frau, die wegen Dysurie in Folge eines Blasenkatarrhs in die Behandlung von M. kam. Pat. ist bis jetzt sonst immer gesund gewesen, kein Husten, keine Brustschmerzen. Mit der linken oberen Extremität kann sie schwerere Arbeiten besser ausführen, als mit der rechten. Die Wirbelsäule hat eine mässig convexe Biegung nach rechts, am Rücken etwas prominirend. Bei der Inspection des Thorax fällt auf, dass die rechte Seite vorn zwischen Sternum und Brustwarze beträchtlicher hervorragt, als die linke. An dieser prominirenden Stelle gewahrt man eine undeutliche Pulsation. Bei der Palpation findet man daselbst den Herzimpuls nach einwärts von der Papilla mammillaris zwischen 4. und 5. Rippe. Die genaue physikalische Untersuchung der Brust ergiebt ebenfalls Dextrocardie ohne sonstige pathologische Veränderungen in den Brusträumen, daher das Leiden wohl congenital ist. Die Herzdämpfung beginnt rechts zwischen 3. und 4. Rippe und geht in die Leberdämpfung über. Links fehlt die entsprechende Dämpfung. Aus der Auscultation der Herztöne glaubt M. schliessen zu dürfen, dass das arterielle Herz am meisten nach rechts, dass das venöse Herz dagegen mehr nach links liegt, dass also auch das ganze Gefässsystem eine Umkehrung in der Lage erfahren hat. — An den Unterleibsorganen lässt sich keine Lageveränderung nachweisen. — (Vergl. auch den früher von Mosler beschriebenen Fall von Dextrocardie, Berl. klin. Wochenschr. 1866. No. 21.)

H. Tillmanns (Leipzig).

Magnant. Des Kystes hydatiques du foie et de leur traitement.

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 46.)

Von 3 Kranken mit Hydatidencysten der Leber wurde der eine durch eine einzige Punction mit dem Aspirateur geheilt, ein zweiter starb nach der gleichen Operation; ein Weib, das vor 15 Jahren wegen desselben Uebels operirt worden war, starb in Folge von Lungenphthise und die Section konnte eine geheilte Cyste in der Leber nachweisen. Die Diagnose war in allen 3 Fällen leicht. M. operirt erst, wenn sich die Cyste rasch vergrössert und allgemeine Functionsstörungen auftreten; er wendet zunächst immer die Punction mit Aspiration bis zur vollkommenen Entleerung der Cyste an; nützt diese nichts oder ist der Cysteninhalt eitrig, so punktirt er mit einem dicken Troikart und lässt die Kanüle liegen. Um Adhäsionen zwischen Bauchwand und Cyste zu erzeugen, gebraucht er Aetzmittel.

Winiwarter (Wien)

J. Hoysted. Case of strangulated umbilical hernia. — Recovery.

(Med. tim. and gaz. 1877. Aug. 4.)

86jährige Negerin mit eingeklemmtem Nabelbruch, hochgradig collabirt, Kothbrechen. Sofortige Chloroformnarkose, vergeblicher Taxisversuch. Unmittelbar danach zwei Zoll langer Einschnitt über der Höhe des Tumors, Reduction der Hernie ohne Eröffnung des Bruchsacks. Spontaner Stuhlgang am nächsten Tage. Geheilt entlassen nach 4 Wochen.

H. Wildt (Berlin).

Schmidtlein. Ein Fall von Anus praeternaturalis mit Inversion des Darms.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. VII. p. 419.)

Bei einer Frau von 48 Jahren war durch Gangrän einer incarcerirten rechtseitigen Schenkelhernie ein Anus praeternaturalis entstanden. Ein daraus sich vordrängender Prolaps war abgetragen, ein neuer Prolaps abgebunden worden. Bei

der Aufnahme in die Klinik von Erlangen fand man drei prolabirte Darmstücke, von deren Oeffnungen nur eine ein Eindringen in die Tiefe getattete; die kothentleerende Oeffnung lag an der Basis des Vorfalles im Niveau der Haut. Man nahm, wie sich zeigte, mit Recht an, dass der Vorfall dadurch entstanden war, dass nach Abstossung der vorgefallenen Schlinge sich der periphere Darmtheil vorgestülpt habe, und dass durch Perforation der Wand dieses Stückes neue Darmtheile hervorgetreten seien. Der ganze Vorfall wurde abgetragen und in die restirenden 2 Oeffnungen Dupuytren's Enterotom eingelegt,und so der Kothcirculation wieder der normale Weg eröffnet; doch starb die Kranke an Pyämie. Die Section ergab, dass der unterste Theil des Ileums der Sitz der Erkrankung war.

Gersuny (Wien).

Stöcker. Bildung von Steinen in den seitlichen Lappen der Prostata, freie Communication dieser zu häutigen Säcken umgewandelten Organe mit der Harnröhre, Zerbrechung innerhalb derselben und Entfernung der Steine mittelst eines kleinen Lithoclasten.

(Deutsche Zeitschr. f. praktische Medicin 1877. No. 22 u. 23.)

Bei einem 64jährigen Manne, der 20 Jahre lang mit Unterbrechungen an einer Harnröhrenstrictur behandelt war, wurde gelegentlich einer Sondirung hinter der Strictur Steinbildung nachgewiesen; in den nächsten Jahren entleerte Pat. durch den Urin über 100 Steinchen von Hanfkorn- bis Bohnengrösse. Die Untersuchung durch den Mastdarm bei gleichzeitig durch die Strictur hindurchgeführter Bougie liess zwischen der Bougie und hinterer Harnröhrenwand verschiedene Steinchen erkennen und ergab bei Druck auf die beiden seitlichen Lappen der Prostata ein sandig knirschendes Gefühl; es konnten dabei grössere und kleinere Steine unterschieden werden. In 16 Sitzungen wurden mittelst eines kleinen Lithotriptor von Civiale ohne Reaction ca. 5,0 Gramm Steine entfernt. Es fühlte sich die Prostata danach wie ein leerer, häutiger Sack an, der rechte Lappen erwies sich ganz leer, doch bot der linke noch das knirschende Gefühl. Ein Jahr darauf wurden wieder in verschiedenen Sitzungen 5,0 Gramm Steinmasse entfernt, die sich wieder in beiden Lappen der Prostata gebildet hatten, und folgten in der nächsten Zeit noch einzelne Steinchen nach, die sobald sie nachzuweisen waren, auch sofort herausbefördert wurden; diese jüngeren Steine waren bedeutend weicher, als die älteren. Es war bei den letzten Operationen eine deutliche Verkleinerung der Prostatahöhle zu constatiren.

Die Steine bestanden aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk, enthielten etwas oxalsauren Kalk und phosphorsaure Ammoniakmagnesia, die in den jüngeren Steinen noch an Menge zunahm. **Boeters** (Berlin).

Hildebrandt. Zwei Fälle von abnormer Schweissabsonderung an den Händen nach Unterdrückung der Fussschweisse.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 20.)

H. liess einen Musketier mit hochgradigen Schweissfüssen vom 15. Juni bis 8. Juli 7 Mal Salicylsäure mit Thon resp. mit Stärkemehl und Talk als Streupulver anwenden. Der Fussschweiss verlor sich vorübergehend, stellte sich aber während des Manövers wieder ein. Am 13. und 19. Aug. wurde letztere Mischung wieder applicirt; seit der letzten Anwendung starke Schweisssecretion an den Handtellern, sie trieften, als wenn sie in Wasser getaucht wären, während die Füsse sogar während anstrengender Märsche in glühender Sonnenhitze fast gar nicht schwitzten: Gesicht dabei trocken, Haut des Rumpfes wenig feucht auf dem Marsche. —

Dasselbe beobachtete H. bei einem 2. Musketier, bei dem nach einer 2 maligen Anwendung des Salicylpuders die Hände ebenso stark schwitzten, während die Fussschweisse nicht so sehr unterdrückt waren. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 44. **Sonnabend, den 3. November.** **1877.**

Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des Berliner städtischen Krankenhauses im Friedrichshain.

II. Zur Frage von der Radicaloperation der Unterleibsbrüche.

Von

Dr. **Max Schede,**

dirigirendem Arzte der Abtheilung.

Wie die Sicherheit, welche eine streng antiseptische Behandlung vor einer unerwünscht heftigen Wundreaction und vor den sogenannten accidentellen Wundkrankheiten giebt, eine Menge von neuen Operationsverfahren entstehen liess, welche man früher als tollkühn oder geradezu als grobe Kunstfehler verurtheilt haben würde, so ist es natürlich, dass an der Hand derselben auch eine Reihe von älteren chirurgischen Eingriffen revidirt werden muss, welche physiolo-

gisch richtig gedacht und durch ein dringendes Bedürfniss hervorgerufen, doch wegen der damit verbundenen Gefahr wieder verlassen und fast in Vergessenheit gerathen waren. So haben uns die letzten Jahre bereits eine ganze Reihe von Veröffentlichungen über Radicaloperationen von Hernien gebracht und diese fast als abgethan betrachtete Frage plötzlich von Neuem auf die Tagesordnung gesetzt. Auch ich habe mich seit einiger Zeit eingehender damit beschäftigt. Wenn ich mir jetzt erlaube, die Ergebnisse meiner Bemühungen dem ärztlichen Publicum mitzutheilen, so ist es wesentlich mein Wunsch, auch meinerseits die Fachgenossen zu einer erneuten Bearbeitung dieses lange brach gelegenen Feldes anzuregen und ihnen gleichzeitig ein Operationsverfahren zur Prüfung vorzulegen, auf welches mich die eigenthümlichen Verhältnisse einiger meiner Fälle hinleiteten und welches mir gute Resultate zu versprechen scheint. Da der Natur der Sache nach eine endgültige Entscheidung über den definitiven Erfolg von radicalen Bruchoperationen erst nach einer Reihe von Jahren und auf Grund eines grossen statistischen Materials gegeben werden kann, zu dessen Beschaffung Viele beitragen müssen, so mag um so eher die Veröffentlichung meiner Beobachtungen schon jetzt gerechtfertigt erscheinen. Ich werde zunächst die Krankengeschichten der von mir operirten Fälle kurz mittheilen und dann einige epikritische Bemerkungen hinzufügen.

I. Freier, aber durch ein Bruchband nicht mehr zurückzuhaltender innerer Leistenbruch. Ligatur des Bruchsackhalses, Exstirpation des Bruchsackes. Heilung.

Die erste Veranlassung zu dem Versuch einer Radicaloperation gab mir ein kräftiger, 46jähriger Arbeiter, Johann Feige, welcher beiderseits an grossen inneren Leistenbrüchen litt. Der rechte war leicht reponirbar, der linke ging nicht vollständig zurück und schien ein Stück Netz mit dem Bruchsack verwachsen zu sein. Beide Bruchpforten waren so weit, dass sie bequem 3 Finger eindringen liessen, beide Brüche konnten durch Bruchbänder nicht mehr zurückgehalten werden, so dass der sonst völlig gesunde Mensch ganz arbeitsunfähig geworden und an den Bettelstab gebracht war. Er verlangte dringend, auf welche Weise es auch sei, von seinem Leiden befreit zu werden.

Die Operation des rechtsseitigen Bruches wurde am 18. April 1877 vorgenommen, und zwar befolgte ich die uralte*), im Wesentlichen neuerdings auch von Nussbaum wieder geübte Methode der Excision des Bruchsackes mit Unterbindung des Bruchsackhalses. Der Bruchsack wurde also blossgelegt, rings herum frei präparirt und eröffnet. Nach Reposition der vorliegenden Darmschlinge liess ich ihn darauf von einem Assistenten stark anziehen, und umschnürte den Bruchsackhals so hoch oben als möglich fest mit einem starken Catgutfaden. Der Bruchsack

*) Schon Paul v. Aegina, Abulcasis etc. unterbanden den vorher frei gelegten Bruchsack, allerdings ohne Schonung des Samenstranges. Ambroise Paré und Franz Rousset lehrten den letzteren schonen. Schmucker präparirte den Bruchsack frei, reponirte die Hernie, zog den Bruchsack an, unterband ihn möglichst hoch oben und schnitt ihn dicht an der Ligatur ab. Fabricius ab Aquapendente nähte den blossgelegten und eröffneten Bruchsack zusammen (Königiche Naht). Franco, Le Blanc, Hoin riethen, bei Herniotomien den Bruchsack und namentlich den Bruchsackhals mit der blutigen Naht zu schliessen. S. »Die operative Behandlung der Unterleibsbrüche« von Benno Schmidt, in Günther's Lehrbuch der blutigen Operationen, XV, p. 57 u. 58.

wurde nun dicht an der Ligatur abgeschnitten, worauf sich der Stumpf tief in den Bruchcanal zurückzog. Da die ganze Operation sehr rasch und leicht vollendet und die Gewebe sehr wenig insultirt waren, so wagte ich es, die ganze Wunde fest zuzunähen, ohne irgendwo ein Drain einzulegen. Lister'scher Verband, der mit Gummibinden besonders luftdicht angedrückt wird. —

Zwei Tage lang leichte Temperatursteigerungen, wahrscheinlich hauptsächlich durch starke Chloroformnachwirkung veranlasst. Völlige prima intentio, Wunde am 8. Tage definitiv geheilt. Zwei Tage später verliess Pat. das Bett. Im Ganzen wurden 3 Verbände angelegt.

II. Hernia inguinalis interna. Freier Darmbruch, angewachsener Netzbruch, Bruchbänder insufficient. Ligatur und Excision des Bruchsackes. Heilung.

Schon am 11. Mai schritt ich bei demselben Patienten zur Operation des linksseitigen Bruches. Wie ich vermuthet hatte, war ein etwa wallnussgrosses Stück Netz mit ziemlich dickem Stiel mit dem Bruchsack verwachsen. Ersterer wurde sammt dem Bruchsackhals mit Catgut abgeschnürt und Bruchsack und Netz dicht an der Ligatur abgetragen. Naht und Verband wie oben, doch musste am 4. Tage der untere Wundwinkel wieder geöffnet werden, um einer kleinen Verhaltung serösblutigen, geruchlosen Secretes freien Abfluss zu verschaffen. Die Operation hatte etwas länger gedauert, als die erste, die Zerrung und Quetschung der Gewebe war beträchtlich stärker gewesen, als bei jener, weil auch der Bruchsack sich mit der Umgebung verwachsen zeigte. Daher offenbar die stärkere Wundsecretion.

Auch sonst war die Reaction bedeutender, als nach der ersten Operation. Die Temperatur sank erst am 10. Tage wieder völlig auf die Norm, und war das Allgemeinbefinden des Patienten bis dahin durch starken Gastricismus, Stuhlverstopfung, Meteorismus — ohne dass jemals peritonitische Erscheinungen vorhanden gewesen wären — gestört. Am Scrotum war ein heftiges Carboleczem aufgetreten, welches einen wallnussgrossen Abscess hinterliess, der am 25. Mai geöffnet wurde. Völlige Benarbung am 15. Juni. Am 17. Juni wird ein doppeltes Bruchband angelegt und Pat. einige Tage später entlassen.

Beide Bruchpforten waren völlig geschlossen und liessen nicht einmal die äusserste Fingerspitze mehr eindringen. Bei der früheren Weite derselben und der Kürze des Canals gab ich indessen hier, wie in den meisten anderen Fällen, dem Pat. den Rath, auf die Dauerhaftigkeit des Verschlusses nicht zu vertrauen und durch permanentes Tragen eines Bruchbandes einem Recidive vorzubeugen.

Ich will hier gleich bemerken, dass nach keiner der späteren, zum Theil sehr viel eingreifenderen Operationen wieder eine so lange andauernde Störung des Allgemeinbefindens beobachtet wurde. Da dieselbe mit den örtlichen Erscheinungen in keinem Verhältniss stand, so muss möglicherweise auch hier eine besonders starke Reaction gegen das Chloroform angenommen werden.

Es kamen nun rasch hintereinander 3 Fälle von eingeklemmten Brüchen zur Behandlung, bei welchen die Verhältnisse die Verbindung der Radicaloperation nach der oben beschriebenen Methode mit der Herniotomie gestatteten. Der erste fällt der Zeit nach zwischen die beiden Operationen bei unserem ersten Patienten. Auch bei ihm missglückte der Versuch, eine unmittelbare Vereinigung der ganzen Wunde erzwingen zu wollen, so dass ich denselben später nicht wiederholte, sondern nur den bei weitem grössten Theil nähte und stets von vorn herein ein Catgut- oder Gummidrain in den unteren Wundwinkel einlegte. —

III. Rechtsseitiger Schenkelbruch, seit 5 Tagen eingeklemmt. Herniotomie, Ligatur und Exstirpation des Bruchsackes. Heilung.

Wilhelm Friebel, 76 Jahr alt, rec. den 25. April 1877, leidet seit 20 Jahren an beiderseitigem Schenkelbruch. Der rechte hat sich vor 5 Tagen bei Gelegenheit einer starken Anstrengung unter heftigen Schmerzen eingeklemmt. Seitdem

Erbrechen, fortwährender Singultus, schliesslich Ileus. Nach vergeblichen Taxisversuchen Operation am 26. April. Dicker Bruchsack, kleine Darmschlinge. Ligatur und Exstirpation des Bruchsackes wie oben. Naht, sorgfältiger Lister'scher Druckverband. Am selben Tage Stuhlgang, prompte Besserung des Befindens. Keine fieberhafte Reaction, aber langsame Heilung. Keine prima intentio. Einige Zellgewebsfetzen stossen sich aus, Tendenz zur Benarbung bei dem alten Manne ziemlich gering. Erst am 28. Juni ist die Heilung vollendet.

Der Kranke wurde später wegen eines anderen Leidens auf die innere Abtheilung unserer Anstalt aufgenommen und ist daselbst Anfang October gestorben, so dass ich Gelegenheit hatte, mich über den Erfolg der Operation durch die Autopsie zu belehren. Am inneren Bruchring war eine ganz seichte Einziehung des Bauchfells zu constatiren, doch konnte man auf keine Weise in den Bruchcanal eindringen. Derselbe war durch ein sehr derbes, sehniges Narbengewebe gänzlich ausgefüllt und fest verschlossen. —

IV. Seit 5 Tagen eingeklemmter Bauchbruch. Herniotomie, Radicaloperation durch Ligatur und Exstirpation des Bruchsackes, Heilung.

Juliane Schilling, 46 Jahr alt, rec. den 16. Mai 1877. Kräftige Frau, will sich am 11. Mai bei der Arbeit sehr angestrengt und plötzlich einen heftigen Schmerz in der linken Unterbauchgegend verspürt haben, wo sie sofort eine kleine Geschwulst wahrnahm. Seitdem fortdauerndes Erbrechen, kein Stuhl, seit zwei Tagen Kothbrechen. Die Untersuchung ergiebt einen wallnussgrossen, schmerzhaften Tumor 3 Finger breit über der Mitte des linken Poupart'schen Bandes, welcher als Bauchbruch diagnosticirt wird. Ein vorsichtiger Taxisversuch ist vergeblich, daher sofortige Operation. Nach Durchschneidung der Haut präsentirt sich der nur noch von der Aponeurose des Musc. obliquus internus bedeckte Tumor in der Wunde, und als auch diese durchtrennt war, zeigt sich eine etwa 8 Ctm. lange, vom Bauchfell bedeckte blaurothe Dünndarmschlinge, die durch einen engen Ring an der innern Seite der Bauchwand eingeklemmt ist. Spaltung des Bruchsackes, Débridement, Reposition der nirgends gangränösen Hernie, Ligatur des Bruchsackhalses und Abtragen des Bruchsackes wie oben. Naht, Catgutdrainage, Lister'scher Verband. Sofort völliges Wohlbefinden. Völlig reactionsloser Verlauf. Beim ersten Verbandwechsel am 20. musste indessen die Catgutdrainage, welche eine Secretretention nicht ganz verhindert hatte, durch ein Gummirohr ersetzt werden. Heilung daher nur theilweise prima, aber am 9. Juni vollendet. Pat. mit Bruchband entlassen. Bruchpforte fest verschlossen.

V. Eingeklemmte Hernia femoralis sinistra, adhärentes Netz. Herniotomie, Abtragen des Netzes, Ligatur des Bruchsackhalses und Excision des Bruchsackes. Heilung.

Agnes Schabelow, 48 Jahr, rec. den 7. Aug. 1877. Mässig gut genährte Person. Seit 8 Jahren Hernia femoralis sin., welche niemals ganz reponirt wurde. Trotzdem trug Pat. ein Bruchband. Seit 24 Stunden Einklemmungserscheinungen, fortdauerndes Erbrechen. Vergeblicher Taxisversuch bereits ausserhalb des Krankenhauses in der Narkose gemacht. Bruchgeschwulst bei der Aufnahme faustgross. Taxisversuch sofort wiederholt, jedoch ebenfalls erfolglos. Herniotomie. Im Bruchsack eine mässige Quantität dunklen, trüben Bruchwassers. Der Bruch besteht aus einem adhärenten, etwa hühnereigrossen Netzstück mit dünnem Stiel und einer kleinen Dünndarmschlinge. Débridement, Reposition des Darms. Darauf wird zuerst das Netz, danach der Bruchsackhals mit Catgut unterbunden und abgetragen. Naht der Hautwunde, Gummidrain in den unteren Winkel, Lister. Keinerlei örtliche, noch allgemeine Reaction. Hautwunde heilt prima, Vernarbung am 1. Sept. vollendet, Pat. am 5. Sept. geheilt mit Bruchband entlassen. Bruchpforte fest verschlossen, auch bei stärkster Anstrengung der Bauchpresse kein Darmimpuls zu fühlen. —

Weniger günstige Verhältnisse zeigten zwei weitere Herniotomien, so dass die einfache Art der Radicaloperation, wie sie in den bisher

beschriebenen Fällen in typischer Weise ausgeführt wurde, nicht angewandt werden konnte, sondern in verschiedener Weise modificirt werden musste. Die Beobachtungen sind folgende:

VI. Eingeklemmter linksseitiger, äusserer Leistenbruch. Gangrän des incarcerirten Netzes. Totale Spaltung des mit der Umgebung verwachsenen Bruchsackes, der breit offen gehalten und durch Granulation zum Schluss gebracht wird. Heilung.

Friedrich Müller, 41 J. alt, Schenkwirth, rec. den 5. Juni 1877. Grosser, kräftig gebauter, bisher gesunder Mann. Angeblich plötzliches Entstehen eines linksseitigen, äusseren Leistenbruches am 28. Mai. Stuhlverhaltung seit dem 30. Mai. Bisher kein Erbrechen. Bruchgeschwulst hühnereigross, sehr empfindlich. Taxis gelingt zum Theil, doch bleibt ein irreponibler Rest, wahrscheinlich Netz, zurück. Befinden darauf trotz fortdauerndem mässigem Fieber (bis 38,7) bedeutend besser, wiederholte Stühle. Bruchgeschwulst aber dauernd empfindlich, im linken Hypogastrium, bis zur Mittellinie sich erstreckend, eine schmerzhafte Anschwellung. Am 14. und 15. Juni erhebliche Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Starke Leibschmerzen, deutliche Fluctuation in der Bruchgeschwulst, die sich auf den Tumor der regio hypogastrica fortsetzt. Herniotomie. Der mit stinkender Jauche prall gefüllte Bruchsack enthält ein Stück gangränösen Netzes, dessen Stiel mit dem Bruchsackhals verlöthet ist. Der gangränöse Netztheil wird abgetragen, der rings mit der Umgebung verwachsene Bruchsack in seiner ganzen Ausdehnung gespalten, ein dickes Drainrohr durch die Bruchpforte in den Bauch eingeführt und nach ausgiebiger Desinfection mit 5procentiger Carbolsäure die klaffende Wunde mit zusammengekrüllter Lister'scher Gaze ausgefüllt und mit einem Lister'schen Verbande versehen. Am 16. Juni grosse Prostration, trockene Zunge, Temperaturerhöhung bis 39,9. Wundsecret höchst übelriechend, starke Zersetzung. Der Lister'sche Verband wird daher weggelassen und statt dessen eine permanente Irrigation der ganz offen gelassenen Wunde mit $^1/_3$procentiger Salicyllösung eingeleitet, ein Verfahren, welches nach meinen Erfahrungen in solchen Fällen weit bessere Dienste leistet, als der eigentliche Lister'sche Verband. Nachdem sich noch ein Abscess am Scrotum geöffnet, war Pat. bereits am 20. Juni völlig entfiebert. Einige gangränöse Netzpartien wurden noch entfernt. Am 4. Juli konnte das Drainrohr ganz herausgenommen werden. Der Bruchcanal füllte sich, wie die ganze Wunde, mit guten Granulationen und bereits am 18. Juli war die Benarbung vollendet. Der vorläufige Erfolg war auch hier wie überall der feste Verschluss des Bruchcanals. Trotzdem wird vor der Hand auch diesem Patienten das Tragen eines Bruchbandes angerathen.

VII. Incarcerirter rechtsseitiger, angeborener Leistenbruch. Herniotomie. Unterer Theil der Wunde durch die Naht geschlossen, im oberen der offen gebliebene Processus vaginalis lippenförmig mit der Haut vereinigt. Verödung des Bruchcanals durch Granulation. Heilung.

Wilhelm Filter, 34 Jahr alt, Schmied, rec. den 10. Aug. 1877. Kräftig gebauter, sonst gesunder Mann. leidet seit 1868 an einem rechtsseitigen Leistenbruch, der angeblich bisher durch ein Bruchband gut zurückgehalten wurde. Am Tage vor der Aufnahme trat derselbe indessen stark heraus und konnte nicht reponirt werden. Seitdem heftige Schmerzen, Stuhlverstopfung, anhaltendes Erbrechen. Sofort nach der Aufnahme energischer Taxisversuch, wodurch der grosse Scrotalbruch anscheinend vollständig reponirt wird. Der Finger dringt leicht in die Bruchpforte ein, eine noch vorliegende elastisch-weiche Masse wird für den verdickten Bruchsack gehalten.

Allgemeinbefinden nach der Taxis kaum gebessert. Bei einem heftigen Hustenanfalle tritt ausserdem des Abends der Bruch wieder zur früheren Grösse hervor. Nachts Kothbrechen. Am Morgen des 11. Aug. Herniotomie.

Der Bruch bestand aus einer etwa 30 Ctm. langen Dünndarmschlinge und einem fast faustgrossen Netzstück. Die Einklemmung war wesentlich bedingt durch

ein quer über die Bruchpforte sich hinziehendes fibröses Pseudoligament. Ein eigentlicher Bruchsack war nicht vorhanden; es handelte sich um ein angeborenes Offenbleiben des Processus vaginalis, der Bruch lag dem Hoden unmittelbar auf.

Nach Lösung der Einklemmung und Reposition der Darmschlinge verfuhr ich nun folgendermassen: das Netzstück wurde abgetragen, der Stiel unterbunden und mit einer Catgutsutur in der Bruchpforte befestigt. Der untere Theil der Hautwunde wurde sorgfältig durch die Naht geschlossen. Im mittleren und oberen Drittel dagegen vereinigte ich auf jeder Seite den Wundrand des Processus vaginalis mit der Haut lippenförmig, ganz wie bei der Volkmann'schen Radicaloperation der Hydrocele. In den Bruchcanal wurde ein Drainrohr geführt und der nun folgende Lister'sche Verband so angelegt, dass im Bereich der lippenförmigen Umsäumung der Processus vaginalis von vorn nach hinten (also in sagittaler Richtung) comprimirt und seine hintere Wand mit der vorderen zur directen Verklebung gebracht wurde, so dass demnach die hintere Wand den Grund einer nur noch sehr flachen Wunde bildete. —

Verlauf absolut reactionslos, typisch aseptisch. Drain am 13. Aug. entfernt. Benarbung am 10. Sept. vollendet. Bruchcanal obliterirt.

Durch das eingeschlagene Verfahren war es gelungen, so ziemlich normale Verhältnisse herzustellen. Der untere Theil des Processus vaginalis wurde zu einer Tunica vaginalis propria testis, der obere obliterirte, und ausserdem war natürlich der Bruchcanal verödet.

Der nun folgende letzte Fall ist in mehrfacher Hinsicht von besonderem Interesse. Die Indication zur Operation gab hier nicht eine Einklemmung, sondern es handelte sich um einen irreponibeln Bruch, welcher kein Bruchband zu tragen gestattete und völlige Arbeitsunfähigkeit bedingte.

VIII. Grosser, irreponibler Scrotalbruch. Grosse sanduhrförmige, sich in das Abdomen hineinerstreckende Hydrocele funiculi spermatici (Hydrocele bilocularis abdominalis Kocher). Radicaloperation beider. Heilung.

Johann Zscholpig, 53 Jahr alt, Arbeiter, rec. den 3. Mai 1877. Ein kräftig gebauter Mann, leidet seit 1850 an einem linksseitigen Scrotalbruch, der in den letzten Jahren stark gewachsen sein soll und seit einem halben Jahre nicht mehr reponirt werden konnte. Seit zwei Monaten zunehmende Schmerzen im Bruch. Ausserdem beträchtliches Lungenemphysem mit langjähriger Bronchitis.

Die Untersuchung ergiebt, dass die grosse Scrotalgeschwulst keineswegs lediglich aus einer Hernie besteht. Den oberen, vorderen und äusseren Theil derselben nimmt vielmehr ein praller, elastischer, fluctuirender Tumor von etwa Faustgrösse ein, welcher sich durch den Leistencanal in das Abdomen hinein erstreckt und in einen zweiten kindskopfgrossen Tumor von gleicher Beschaffenheit übergeht, der die ganze linke Regio hypogastrica ausfüllt. Die Fluctuation setzt sich von einem Tumor auf den andern fort, Druck auf den einen bewirkt eine prallere Füllung des anderen. Der Scrotaltheil der Geschwulst ist, wahrscheinlich wegen grosser Dicke der Wandung, allerdings nicht durchscheinend, doch ergiebt eine Probepunction mit der Pravaz'schen Spritze klare Hydrocelenflüssigkeit. Der Hode liegt, deutlich von der Geschwulst getrennt und von allen Seiten zu umgreifen, an der unteren Peripherie derselben. Percussionsschall im Bereich der ganzen Anschwellung völlig leer.

Die ganze hintere Hälfte und der innere untere Theil des Scrotums wird durch einen grossen Darmbruch ausgefüllt. Die Gesammtlänge der ganzen Anschwellung (Bruch incl. Hydrocele) beträgt 27 Ctm. Der Abdominaltheil ist $12^1/_2$ Ctm. hoch, 15 Ctm. breit; der Scrotaltheil $14^1/_2$ Ctm. hoch, 19 Ctm. breit, 42 Ctm. im Umfang. Der Scrotaltheil der Hydrocele misst 13 Ctm. in die Länge, $10^1/_2$ Ctm. in die Breite.

Es konnte keinem Zweifel unterliegen, dass es sich hier neben

einem grossen Scrotalbruche um einen jener seltenen Fälle handelte, welche Kocher Hydrocele abdominalis bilocularis nennt und wie Trendelenburg einen sehr ähnlichen in der Berliner klinischen Wochenschrift 1877, No. 2 beschrieben und abgebildet hat. Die Möglichkeit, den Hoden frei zu umgreifen, stellte ferner die Diagnose auf eine Hydrocele funiculi spermatici sicher. Die Complication mit einem grossen irreponibeln Scrotalbruche musste das Interesse des Falles und die Schwierigkeit der Heilung natürlich bedeutend erhöhen.

Ich beschloss, zunächst die Hydrocele allein zu operiren, in der Hoffnung, dass während der folgenden Bettruhe eine geeignete Behandlung vielleicht die Reposition des Bruches ermöglichen werde.

Radicaloperation der Hydrocele nach der Methode von R. Volkmann am 16. Mai 1877. Die Tunica hat eine Dicke von $^1/_2$ Ctm., ist von knorpliger Härte und Steifigkeit. Ein grosser Theil derselben wird excidirt und darauf die lippenförmige Umsäumung vorgenommen. Bei der Starrheit der Cystenwand war indessen trotz der Excision auf keine rasche Heilung zu rechnen, und der Verlauf bestätigte diese Voraussetzung. Es trat zwar keinerlei entzündliche oder fieberhafte Reaction ein, aber die höchst mangelhafte Vascularisation der Tunica bedingte die necrotische Abstossung einer beträchtlichen inneren Schicht derselben, die viel Zeit in Anspruch nahm, und die schliessliche Schrumpfung ging ebenfalls nur sehr langsam vor sich. Pat. wurde anfangs nach Lister verbunden, seit dem 1. Juni indess nur mit Salicyljute und -watte, die durch ein grosses Suspensorium in der Lage erhalten wurden. Eine 14tägige Behandlung der irreponibeln Hernie mit Abführen, Hungern, erhöhter Lage, wiederholten Repositionsversuchen blieb völlig erfolglos und musste aufgegeben werden. Pat. verliess das Bett, und da die definitive Heilung der noch vorhandenen, übrigens wenig secernirenden Fistel trotz aller Massnahmen sich sehr verzögerte, wahrscheinlich in Folge von Circulationsstörungen, die durch den nun wieder rasch wachsenden Scrotalbruch bedingt waren, so verlor Pat. die Geduld und die Lust zu einer operativen Cur der Hernie und verliess am 23. Aug. die Anstalt.

Indessen schon am 10. Sept. kehrte er zurück. Wiederholte Versuche, sich wieder durch Händearbeit zu ernähren, waren völlig missglückt, der Bruch hatte sich unter grossen Beschwerden noch weiter vergrössert, Pat. war durch denselben völlig arbeitsunfähig. Offenbar hatte die Hydrocele früher den Bruchcanal theilweise tamponirt und das Vortreten neuer Darmmassen zum Theil gehindert. Die Beseitigung derselben hatte in dieser Hinsicht die Lage des Kranken nur verschlimmert. Er wünschte jetzt auf das Dringendste die Operation. Der Hydrocelenschnitt war übrigens immer noch nicht ganz vollständig geheilt, es bestand noch eine etwa 2 Ctm. tiefe Fistel, die sich trichterförmig nach aussen erweiterte und mit schlaffen, zerfallenden Granulationen ausgekleidet war.

Radicaloperation der Hernie am 12. Sept. Nach zweitägiger Bettruhe und gründlicher Entleerung des Darmes ist der Bruch auf seine frühere Grösse reducirt. Spaltung der Hautdecken und des Bruchsackes in ganzer Ausdehnung durch eine nach innen vom Hydrocelenschnitt verlaufende Incision von 18 Ctm. Länge. Der Bruchsack ist überall mit der Haut innig verwachsen, enorm verdickt. Die vorliegenden Dünndarmschlingen sind sowohl unter einander — theils durch äusserst gefässreiche Pseudomembranen, theils durch älteres, schon sehr derbes und ziemlich gefässarmes Bindegewebe — zu einem fast unentwirrbaren Knäuel verwachsen, als auch mit dem Bruchsack in ganzer Ausdehnung desselben so feste Flächenverwachsungen eingegangen, dass die Lostrennung derselben zu einer der schwierigsten chirurgischen Aufgaben wurde und ich mehr als einmal fast daran verzweifelte, dass es mir gelingen würde, dieselbe zu lösen. Nach zweistündiger, mühevoller Arbeit war indessen das Ziel erreicht und eine freie Dünndarmschlinge von $^1/_2$ Meter Länge aus der fest zusammengeballten Masse

herauspräparirt. Dieselbe stellte fast nur eine einzige fortlaufende, frisch blutende Wundfläche dar, und obwohl ja bei Ovariotomien durch Lösung ausgedehnter Flächenverwachsungen oft noch grössere intraabdominale Wundflächen geschaffen werden müssen, so kann ich doch nicht leugnen, dass ich mit einer gewissen Sorge an die Reposition der Darmschlinge ging. Diese selbst stiess auf keinerlei Schwierigkeiten.

Es war nun die Frage, in welcher Weise die Radicalheilung angestrebt werden sollte. Die Verwachsung des Bruchsackes mit der Umgebung war eine so innige, dass er fast ohne erkennbare Grenzen in das schwartige Bindegewebe derselben überging; eine Exstirpation desselben wäre daher, wenn auch nicht unmöglich, so doch recht schwierig gewesen und hätte eine neue, sehr beträchtliche Verwundung bedingt. Ein Abschnüren des Bruchsackhalses kam bei der Starrheit der Wandungen ausser Betracht. Ich hätte nun wenigstens den Bruchsackhals lösen, ihn quer durchschneiden und durch Catgutsuturen schliessen können. Aber ich fürchtete die von der ringsum wund gemachten Darmschlinge zu erwartende reichliche Secretion und scheute einen gänzlichen Verschluss der Abdominalöffnung. Ich schlug daher ein ähnliches Verfahren ein, wie im Fall VII: Im oberen Theil der Wunde, zunächst dem Leistencanal und in der Ausdehnung von etwa 4 Ctm., wurden Haut und Bruchsack lippenförmig vereinigt. Der Rest der Hautwunde wurde durch Suturen geschlossen und in diesem Bereich durch mehrfache, quer durch Haut und Bruchsack gelegte Matratzennähte eine primäre Verklebung der Bruchsackwandungen angestrebt; durch den klaffenden Bruchsackhals aber ein fingerdickes Drainrohr in die Bauchhöhle geschoben, mit einer Sutur in seiner Lage sicher fixirt und im Niveau der äusseren Haut abgeschnitten. — Ich brauche kaum zu erwähnen, dass die ganze Operation wie alle übrigen unter Dampfspray und allen antiseptischen Cautelen ausgeführt und ein sehr sorgfältiger Lister'scher Verband angelegt wurde. Einem Wiedervortreten der Darmschlingen, welches bei dem fortwährenden Husten des Kranken in der ersten Zeit sehr zu fürchten war, suchte ich dadurch vorzubeugen, dass ich durch Einschaltung grosser Ballen gekrüllter Gaze unter den Lister'schen Verband und Aufbinden grosser Badeschwämme über denselben einen starken elastischen Druck oberhalb des Ligamentum Poupartii herstellte. —

Abends war, bei gutem Allgemeinbefinden des Kranken, die Temperatur auf 35,3 gefallen und stieg am folgenden Abend auf 38,8. Seitdem blieb sie normal. Der Stuhl wurde 4 Tage lang durch Opium angehalten, dann ein Abführmittel gegeben. Ein Vorfall von Darmschlingen trat nicht wieder ein und war auch nach Ablauf der ersten Tage wohl nicht mehr zu besorgen, da die reponirten, ringsum wunden Darmpartien jedenfalls rasch ausgedehnte Verklebungen in der Gegend des inneren Leistenringes eingegangen sein mussten. Trotz Abstossung einiger nekrotischer Fetzen von der inneren Wand des Bruchsackhalses trat eine örtliche Reaction nicht ein. Im Bereich der Matratzennähte Verklebung der Bruchsackwandungen per primam. — Nach vollendeter Reinigung der Wunde verengerte sich der Bruchcanal so rasch, dass schon am 4. Oct. das letzte Stück dünnen Drainrohrs, welches bereits fest eingewachsen war, entfernt werden konnte. Zwei Tage darauf verliess Pat. bei nur noch sehr kleiner, oberflächlich granulirender Wunde, mit einfachem Deckverbande und Suspensorium das Bett. Ein Bruchband wurde in diesem Falle nicht angelegt, da bei der sehr festen Verwachsung des Bruchsackhalses mit den Wandungen des Leistencanals und seiner eigenen gänzlichen Verödung in ganzer Länge ein Recidiv kaum möglich erschien, selbst wenn die früher vorgelegenen Darmschlingen nicht durch feste Verwachsungen mit einander und mit der Umgebung des inneren Leistenringes noch ein besonderes Hinderniss für einen neuen Vorfall abgeben sollten, wie man es doch wohl annehmen musste. — Die von dem Hydrocelenschnitt zurückgebliebene Fistel war wenige Tage nach der Reposition der Hernie geschlossen.

Momentan (Mitte October) ist der Zustand folgender: die Wunde ist bis auf eine ganz kleine, trichterförmig eingezogene, noch granulirende Stelle fest vernarbt, der Bruchsackhals durch einen sehr derben, fingerdicken Narbenstrang ersetzt, wel-

cher am inneren Bruchring beginnt, den ganzen Leistencanal ausfüllt und auf der äusseren Hautoberfläche mündet. Der Bruchsack selbst ist zu einer hühnereigrossen, sehr harten, fibrösen Masse zusammengeschrumpft. Von dem Bruchcanal, in den man früher bequem drei Finger einführen konnte, ist natürlich nichts mehr zu entdecken. Pat. befindet sich vollkommen wohl und ist im Stande, die Bauchpresse in jedem Grade wirken zu lassen, ohne irgend welche Beschwerden von Seiten des Bruches zu haben.

Werfen wir nun einen Rückblick auf das vorstehend geschilderte Beobachtungsmaterial, so unterscheidet sich dasselbe von dem aller übrigen neueren Veröffentlichungen zunächst durch die grosse Mannigfaltigkeit der vertretenen Brucharten. Während jene sich sämmtlich auf Leistenbrüche, und zwar mit einer einzigen Ausnahme (Risel) auf äussere Leistenbrüche beziehen, handelte es sich hier 2 Mal um innere (1 u. 2), 3 Mal um äussere Leistenbrüche (6, 7, 8), unter welchen letzteren sich ein angeborener Bruch befand (7), 2 Mal um Schenkelhernien (3 u. 5), einmal um einen Bauchbruch. Wundverlauf und primäres Resultat der Operation wurden dadurch nicht erkennbar beeinflusst. — Auch die Indicationen für die Operation waren sehr verschiedene: 5 Mal gab Incarceration die Veranlassung, 3 Mal gestörte Arbeitsfähigkeit. Unter letzteren Fällen fand sich eine vollkommen (1), eine theilweise (2) und eine gar nicht (8) reponible Hernie. —

Das Ziel der Operation war in allen Fällen zunächst die Obliteration des Bruchsackes. 5 Mal wurde derselbe exstirpirt und der Bruchsackhals mit Catgut zugeschnürt (Fall 1—5), 3 Mal geschah die Verödung des Bruchsackhalses auf dem Wege der Granulation. Die Behandlung des Bruchsackes selbst war in diesen 3 Fällen jedesmal verschieden und den speciellen Verhältnissen angepasst. Einmal wurden seine Wandungen theilweise durch Matratzennäthe zur Verklebung gebracht (Fall 8), einmal schloss er sich ganz auf dem Wege der Eiterung (6), einmal wurde die untere Hälfte zur Bildung einer Tunica vaginalis propria testis verwendet. Die Methode der lippenförmigen Vereinigung des Bruchsackes mit der Haut kam zwei Mal zur Anwendung (7, 8).

3 Mal lagen neben der Darmschlinge irreponible Netzpartien im Bruchsack (2, 5, 7), einmal war nur brandiges Netz darin enthalten (6). In allen diesen Fällen wurde das Netz abgetragen. Der Netzstiel wurde verschieden behandelt. Einmal war er mit dem Bruchsackhals verlöthet und bedurfte keiner besondern Berücksichtigung (6); einmal wurde er mit dem Bruchsackhals zusammen in eine Ligatur genommen (Fall 2), zwei Mal für sich unterbunden (5, 7), einmal ausserdem in die Bruchpforte eingenäht (7).

Die Dauer der Heilung bis zur vollständigen definitiven Benarbung der Wunde betrug:

1 Mal	8 Tage	in	Fall	1
1 -	24 -	-	-	4
1 -	25 -	-	-	5
1 -	30 -	-	-	7
1 -	33 -	-	-	6
2 -	35 -	-	-	2 u. 8
1 -	63 -	-	-	3

Dieselbe war also eine ausserordentlich gleichmässige, da in 6 Fällen der grösste Unterschied nur 11 Tage betrug. Einmal, in dem am allerwenigsten complicirten Falle, gelang die Heilung durch absolute prima intentio in 8 Tagen. Ich zweifle nicht, dass ein so rascher Verlauf unter ähnlichen günstigen Umständen zu dem regelmässigen werden würde, falls man ihn überall für wünschenswerth halten sollte. Ich komme auf diese Frage weiter unten zurück. Bei eingeklemmten Brüchen werden meist die vorausgegangene Entzündung und die Insultation der Weichtheile durch Taxisversuche eine vollkommene prima intentio sehr erschweren, und in Fällen wie die 3 letztbeschriebenen kommt dieselbe überhaupt nicht in Betracht. —

Es fragt sich nun, ob der Versuch, durch Vernichtung oder Verschluss des Bruchsackes die Radicalheilung von Hernien anzustreben, überhaupt ein vernünftiger ist, und welchen Werth derselbe den zahlreichen anderen Operationsmethoden gegenüber haben mag. So wenig es bis jetzt möglich ist, an der Hand der Erfahrung eine bündige Antwort auf diese Fragen zu geben, so sei mir doch eine kurze Besprechung des bis jetzt dafür vorliegenden Materials gestattet. —

In erster Linie wird die Gefahr der Operation für das Leben des Kranken in Betracht kommen müssen. Dieselbe ist offenbar bei sorgfältiger Beobachtung aller antiseptischen Cautelen äusserst gering. Risel stellt in seiner jüngst erschienenen Abhandlung*) 16 einschlägige antiseptisch nachbehandelte Operationen zusammen (Nussbaum 2, Annandale 2, Czerny 5, Risel 7), welche sämmtlich ohne erheblichen Zwischenfall zur Heilung gelangten. Diesen würden meine 8 Fälle und zwei von L. Mayer in München zuzurechnen sein.**) Nur letzterer hatte einen Todesfall an Gangrän des Scrotums und der Bauchdecken zu beklagen. L. Mayer's Hypothese, dass diese Gangrän der Ausdruck einer durch Onanie geschwächten Constitution gewesen sei, ist wohl kaum ernsthaft gemeint. Andernfalls müsste man sagen, dass man sehr heruntergekommenen Leuten keine Complaisanceoperationen machen soll. Wer mit antiseptischer Behandlung Bescheid weiss und die Schwierigkeiten eines genau abschliessenden Verbandes in der Inguinalgegend und am Scrotum kennt, wird weit eher geneigt sein, die Schuld an dem Misserfolg wo anders zu suchen und zunächst an ein Misslingen des nöthigen luftdichten Abschlusses denken. Immerhin beweist der eine Todesfall, dass die Operation doch keine ganz gleichgültige Sache ist. Ich halte die Herstellung eines wirklich vollkommenen antiseptischen Verbandes am Scrotum für eine der schwierigsten Aufgaben der antiseptischen Verbandtechnik, und für einen wahren Prüfstein für die Geschicklichkeit des Chirurgen in dieser Hinsicht. Es kommt aber dazu, dass man in diesem Falle

*) O. Risel, Versuche zur Radicalheilung freier Hernien. Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 38, u. 39.

**) S. Centralblatt f. Chirurgie 1877. No. 35.

noch sehr auf die Unterstützung des Kranken selbst angewiesen ist. Nicht nur von Seiten der Luft, sondern auch durch den Urin des Kranken droht Gefahr. Es ist keineswegs immer leicht, nach der Operation grosser Scrotalbrüche den Penis so weit zum Prominiren zu bringen, dass es dem Kranken überhaupt möglich wird, Urin zu lassen, ohne den Verband zu beschmutzen. Eine gewisse Geschicklichkeit und Aufmerksamkeit von Seiten desselben ist aber in jedem Falle erforderlich, und es lässt sich die Möglichkeit nicht in Abrede stellen, dass bei sehr grossen Brüchen, wo der Penis vollständig unter der Haut verschwindet, hin und wieder auch erfahrene Antiseptiker an diesen Schwierigkeiten Schiffbruch leiden könnten. Jedenfalls sind diese Verhältnisse bei der Beurtheilung des einzelnen Falles zu berücksichtigen. Ueberhaupt aber kommt auch hier, wie bei vielen kühnen neueren Operationsverfahren der Satz zur Geltung: Si duo faciunt idem, non est idem. Wer sich bewusst ist, die Technik der antiseptischen Behandlung in jeder Richtung völlig zu beherrschen, darf manches ungescheut und ungestraft wagen, wozu andern die Berechtigung fehlt. Die Radicaloperation freier Hernien auf dem Wege des Abbindens oder gar der lippenförmigen Umsäumung des Bruchsackes wird man im Hinblick auf frühere üble Erfahrungen einstweilen dazu rechnen müssen, da es nicht gestattet sein kann, wegen eines weder gefährlichen noch auch besonders lästigen Leidens das Leben eines Menschen auf's Spiel zu setzen. Dass die Frage anders liegt, wo man durch eine Einklemmung zu einem operativen Eingriff gezwungen wird, oder wo es sich darum handelt, einen Menschen vor gänzlicher Erwerbsunfähigkeit zu schützen, ist selbstverständlich. Hinsichtlich der Herniotomien wird man annehmen dürfen, dass bei vernünftiger Wahl der Methode die Gefahr für den Kranken durch die gleichzeitige Radicaloperation nicht vermehrt wird. —

Die zweite Frage ist die nach der Sicherheit des Erfolges. Zahllose Methoden der Radicalheilung von Hernien sind im Laufe der Jahrhunderte ersonnen und wieder aufgegeben, theils wegen der damit verbundenen Gefahr, theils weil die Heilung doch nur eine vorübergehende war, und selbst die am häufigsten geübten verschiedenen Invaginationsmethoden von Gerdy, Schuh, Rothmund etc. sind schliesslich wieder ausser Gebrauch gekommen, da sie nicht leisteten, was man von ihnen erwartete. Man wird also gut thun, von vorn herein die Erwartungen nicht allzuhoch zu spannen und eventuell auch mit einem bescheidenen Erfolg zufrieden zu sein. Was sich durch die Operation mit Sicherheit erreichen lässt, ist die Möglichkeit durch ein leichtes Bruchband den Bruch dauernd reponirt zu halten resp. das Wiederentstehen eines solchen zu verhüten, für Leute, welche an irreponibeln oder nicht mehr zurückzuhaltenden Brüchen leiden, immerhin ein äusserst erstrebenswerthes Ziel. Wie die Frage nach einer vollkommenen und dauernden Heilung einmal beantwortet werden wird, steht noch dahin. Das bis jetzt zu Gebote stehende

Material von Erfahrungen gestattet fast nur ein mehr theoretisches Raisonnement.

Die neuesten Versuche einer radicalen Bruchoperation sind theils auf die Verengerung der Bruchpforte (Wood, Heine, Gross, Steele, Dowell), theils auf den Verschluss des Bruchsackes (Durham, Bell, Nussbaum, Annandale, Mayer), theils auf beides gleichzeitig (Czerny, Risel) gerichtet gewesen.

Dowell*) übte ausschliesslich, Wood**) grösstentheils die subcutane Naht oder Zusammenschnürung der beiden Schenkel des Leistenringes. Nach John Sundberg sollen durch die Dowell'sche Methode 81 völlig geheilt und nur bei 16 die Operation erfolglos geblieben sein. In keinem Falle habe man gefährliche Zufälle nach der Operation gesehen. Indessen fehlen der Angabe alle näheren Details und alles Material, aus welchem der Leser sich ein eigenes Urtheil bilden könnte. Auch Wood's Methode scheint manche guten Erfolge geliefert zu haben, die von Heine***) bestätigt werden. Indessen unterliegt, wie Czerny mit Recht hervorhebt, die subcutane Naht dem Vorwurf, dass man nie genau weiss, was eigentlich gefasst ist, und dass sie den Samenstrang gefährdet. Ausserdem aber würde sie bei eingeklemmten und irreponiblen Brüchen ja überhaupt nicht in Frage kommen können.

Steele†) legte die Pfeiler des Leistenringes ganz frei, machte ihre Ränder wund und vereinigte dieselben unter Schonung des Peritoneums fest durch Catgutnähte. Die Haut wurde alsdann genäht, und unter antiseptischer Behandlung erfolgte binnen 3 Wochen die Heilung. Indessen trat schon nach $^1/_2$ Jahr ein Recidiv des Bruches mit Einklemmung desselben ein, worauf die Operation mit dem Erfolge wiederholt wurde, dass nach einem Jahre, während dessen Pat. ein Bruchband trug, der Leistenring noch fest verschlossen war. Steele's Pat. war ein 8jähriger Knabe mit grossem angeborenem Leistenbruch. Er war der erste, welcher die antiseptische Wundbehandlung für die Radicalheilung der Hernien nutzbar zu machen suchte. Doch hatte vor ihm Gross††), welcher mit Silberdraht nähte, bereits in den Jahren 1858—1861 je einen guten Erfolg mit derselben Operationsmethode.

Die Unterbindung des Bruchsackhalses mit und ohne Exstirpation des Bruchsackes hat Schmucker, Langenbeck dem Vater und anderen eine Anzahl dauernder Heilungen ergeben. Ein von Nussbaum†††) operirter Pat. zeigte trotz grösserer Anstrengungen nach

---

*) S. John Sundberg: Die Radicalcur der Hernia nach der Methode von Dr. Greensville Dowell etc. Centralblatt der med. Wissensch. 1877. No. 2.

**) S. Medical Times and Gaz. 1861. June 1.

***) Ueber Radicaloperationen der Hernien. Aerztliches Gorrespondenzblatt, Organ des Vereins deutscher Aerzte in Prag, 1875. März. No. 25.

†) Charles Steele, On operations for the radical cure of hernia. The Brit. med. Journal 1874. Nov. 7.

††) Gross, System of Surgery. S. Centralblatt für Chirurgie 1874. p. 603.

†††) S. Aerztliches Intelligenzblatt 1876. No. 8 und »Ueber den Shok grosser Verletzungen« München, 1877.

einem Jahre keine Neigung zu einem Recidiv. Joseph Bell*), welcher bei Gelegenheit von Herniotomien zweimal den Bruchsack unterband, constatirte in einem Falle das Andauern der Heilung nach mehreren Monaten. Auch in Annandale's**) Fällen bestand die Heilung einmal nach 4, einmal nach »mehreren« Monaten noch fort. Länger fortgesetzte Beobachtungen liegen aus der neueren Zeit bisher nicht vor.

Czerny***) und Risel†) halten es nun für essentiell, mit der Unterbindung oder Naht des Bruchsackhalses die Verengerung der Bruchpforte durch die Naht der fibrösen Pfeiler zu verbinden. Ich kann nicht leugnen, dass ich an der Festigkeit einer primären Verwachsung der dünnen Aponeurosen erhebliche Zweifel hege, welche auch durch Steele's Beobachtung gestützt werden. Ist ein recidiver Bruch erst bis in die Gegend des äusseren Leistenringes gelangt, so ist es mir schwer zu denken, dass die Narbe seiner etwa verklebten Schenkel denselben noch lange aufhalten sollte. Zwar macht Risel darauf aufmerksam, dass ja auch Sehnen nach der Durchtrennung wieder so fest verwachsen, dass sie dem fortgesetzten Zuge der Muskeln widerstehen. Indessen ist dieser Vergleich doch nicht ganz stichhaltig. Zunächst ist der Heilungsmodus von durchschnittenen Aponeurosen meines Wissens noch nicht so weit studirt, dass man ihn ohne Weiteres mit dem bei durchschnittenen Sehnen in Parallele bringen könnte. Wird die Verbindung durch Aponeurosengewebe oder durch einfaches Narbenbindegewebe hergestellt? Nur in ersterem Falle hätte Risel Recht. Zudem ist die Zwischenmasse, welche durchschnittene Sehnen verbindet, in der ersten Zeit so nachgiebig, dass bekanntlich der Erfolg der Tenotomie wesentlich von ihrer Dehnung abhängig gedacht wird. Da aber die Bauchmuskulatur sowohl wie die Bewegungen der unteren Extremität immerhin einigen Einfluss auf die Weite der Bruchpforte haben, so würde es an Factoren, welche eine Dehnung veranlassen könnten, nicht ganz fehlen. Kurz wir stehen hier vor noch offenen Fragen, deren Lösung zum Theil vielleicht auch durch Thierexperimente versucht werden könnte. Dass aber die Beschaffenheit des Nähmaterials auf die Festigkeit des Verschlusses keinen Einfluss haben kann, darin möchte ich Risel Czerny gegenüber beistimmen. Werden eingeheilte Seide- oder Drahtsuturen einer Zerrung oder Spannung ausgesetzt, so werden sie vermuthlich nicht Widerstand leisten, sondern in die Gewebe, die sie zusammenhalten sollten, einschneiden. Auch die vorliegenden Erfahrungen beweisen noch nichts für die Naht der Pfeiler des Leistenringes. Bei der subcutanen Naht, welche Erfolge aufzuweisen hat, wird natürlich auch der Bruchsack zur Verklebung

---

*) Jos. Bell, A contribution to the statistics of the operation for strangulated hernia etc. Edinb. med. Journal, Aug. 1869. u. Januar 1877. p. 638.

**) S. Edinb. med. Journal 1876. Vol. I. p. 1087.

***) Studien zur Radicalbehandlung der Hernien. Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 21—24.

†) Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 38 u. 39.

gebracht. Steele aber, welcher den Verschluss allein durch Naht des Bruchringes anstrebte, erlebte nach $^1/_2$ Jahre ein Recidiv. Meine drei letzten Operationen haben mir den Gedanken nahe gelegt, dass es vielleicht in den meisten Fällen zweckmässiger sein möchte, den Bruchcanal auf dem Wege der Eiterung zum Verschluss zu bringen und ihn auf diese Weise mit einer langen, festen Narbenmasse auszufüllen. Die Behandlung des Bruchsackes wird dabei immer noch eine verschiedene sein können. Operirt man bei Gelegenheit von Einklemmungen, so wird man es häufig mit frisch entstandenen Brüchen und wenig adhärentem Bruchsack zu thun haben. In solchen Fällen gelingt es gewiss nicht selten, den Bruchsack so stark anzuziehen und so hoch oben zu unterbinden, dass die Ligatur von selbst so ziemlich in das Niveau des innern Bruchringes fällt und ein in den Bruchcanal hineinragender trichterförmiger Fortsatz des Bauchfells, der von vorn herein die Disposition zu einem Recidive mit sich bringt, nicht entsteht. Man braucht dann nicht, wie Risel, den Bruchcanal so weit zu spalten, dass die Umschnürung dicht am innern Bruchring gemacht werden kann, oder mit Annandale sich von der oberen Seite des Poupart'schen Bandes einen Weg zur Abdominalöffnung des Leistencanals zu bahnen. Bei derartigen Brüchen würde ich den Bruchsackhals so central wie möglich unterbinden, den Bruchsack abschneiden und in den Bruchcanal ein allmälig zu verkürzendes Drainrohr einlegen. Die Hautwunde kann natürlich bis auf die Drainagestelle genäht werden. Das bei der Section meines 3. Operirten, dessen Wunde damals noch, gegen meinen Wunsch, längere Zeit geeitert hatte, constatirte vorzügliche Resultat, die völlige Verödung des Bruchcanals, beweist die Berechtigung dieses Vorschlags.

Bei verwachsenem Bruchsack und adhärentem Bruchsackhals würde dagegen eines der in den 3 letzten Fällen befolgten Verfahren in Anwendung kommen müssen, nämlich entweder einfach den Bruchsack zu spalten und in den Bruchsackhals ein Drainrohr zu legen, oder sogar einen Theil des Bruchsackes lippenförmig mit der Haut zu vereinigen und nun ein Drain einzulegen. Die Verwachsung des Bruchsackhalses mit den Wandungen des Bruchcanals wird dabei noch inniger werden und mit der Verödung des ersteren auch das Lumen des letzteren verschwunden sein. Die Heilungsdauer wird kaum eine grössere, der Verschluss durch die feste, breit bis auf die Oberfläche der Haut reichende Narbenmasse offenbar ein viel soliderer werden. Dass nach ausgedehnter Lösung und Reposition adhärenter Darmschlingen die Gefahr des Recidives durch neue Verwachsungen im Abdomen noch geringer wird, ist wohl selbstverständlich. Die Lebensgefahr scheint durch den offenen Zugang zur Bauchhöhle bei strenger antiseptischer Behandlung nicht vermehrt zu werden. Es ist wohl nicht unwahrscheinlich, dass die Fälle von unbeabsichtigter Radicalheilung nach Herniotomien, von welchen auch Risel ein schönes Beispiel anführt, zum Theil auf diese Weise zu Stande gekommen sind.

Aeltere Netzbrüche werden wohl am besten ligirt und abgetragen. Der Stiel kann eventuell in den Bruchcanal eingenäht und mit zur Ausfüllung desselben verwandt werden.

Gewiss werden die nächsten Jahre weitere Erfahrungen über Radicaloperationen von Brüchen in so grosser Zahl bringen, dass bald die zahlreichen, jetzt noch bestehenden Zweifel über die beste Methode und über die zu erwartenden Erfolge schwinden werden. Es wird sich empfehlen, besonders die Herniotomien zu Studien in dieser Richtung zu benutzen. Ferner sind wir gewiss berechtigt, irreponible und durch Bruchbänder nicht zurückzuhaltende Brüche einer operativen Behandlung zu unterwerfen. Die Operation von reponibeln Hernien, deren Retention durch Bruchbänder noch möglich ist, kann man, meiner Ansicht nach, ganz abgesehen von der immerhin vorhandenen Gefahr, nur widerrathen, so lange auch operirte Bruchkranke vom Tragen eines Bruchbandes nicht mit Sicherheit dispensirt werden können.

Rossbach und **Papilsky**. Ueber die Einwirkung der Blausäure auf Blut und Kreislauf.

(Verh. d. phys.-med. Ges. in Würzburg 1877. Bd. X. p. 205—219.)

Bei Fröschen erfolgt durch Blausäure Verlangsamung und Stillstand der Herzthätigkeit, mochte durch Atropin der Herzhemmungsapparat vollständig gelähmt oder das Thier nicht atropinisirt sein. Somit kann die Herzwirkung der Blausäure durch Vagusreizung, wie dies Preyer behauptet, nicht erklärt werden. Mikroskopisch liess sich bei den durch Blausäure vergifteten Fröschen eine enorme Erweiterung der kleinen Arterien und Capillaren constatiren.

Die Veränderungen des Blutdrucks und der Pulsfrequenz bei Warmblütern (Kaninchen, Katzen, Hunde) gestalten sich, wie folgt: Zunächst steigt der Blutdruck steil an, fällt aber sehr bald unter die Norm, um nochmals vorübergehend ziemlich steil, aber meist nicht über die Norm anzuwachsen und endlich von da ab continuirlich bis unter die Nulllinie herunterzugehen. Ohne vorausgehende Steigerung tritt sofort Pulsverlangsamung ein unter gleichzeitiger Zunahme des Umfanges der Herzcontractionen. Sobald dann der Blutdruck continuirlich abzusinken beginnt, wird der Puls häufiger, ohne aber die ursprüngliche, normale Frequenz wieder zu erreichen, und zugleich werden die einzelnen Herzpulsationen weniger ergiebig (Abnahme der Herzenergie). Schliesslich macht das Herz nur noch undulirende Bewegungen, welche »das Absterben des übrigen Körpers« sehr lange überdauern. Dem Ansteigen des Blutdrucks läuft eine Verlangsamung der Respiration parallel, insbesondere sind die Exspirationen ausserordentlich verlängert; in manchen Fällen auch erheblich vertieft (Dyspnoe). Mit dem Sinken des Blutdrucks wird die Respiration stets enorm verlangsamt. Eine Lähmung der Herzvagi durch die Blausäure war nicht zu constatiren, da selbst noch in den späteren Stadien der Giftwirkung Herzstillstand durch Vagusreizung herbeigeführt

werden konnte. Ebensowenig trat, wie schon erwähnt, eine Veränderung in den Erscheinungen der Herzthätigkeit ein, wenn die Vagusendigungen im Herzen z. B. durch Atropin gelähmt waren. Die primäre Steigerung und das darauf folgende Absinken des Blutdrucks beziehen die Verf. auf die schon von Boehm hervorgehobene Reizung und nachfolgende Lähmung der vasomotorischen Centren. Die für die Blausäurevergiftung charakteristische, auffallend hellrothe Farbe des Blutes tritt im Momente, wo der Blutdruck abzusinken beginnt, mit einem Schlage ein; die zur Beobachtung freigelegte V. jugularis sieht man enorm anschwellen und gleichzeitig das Blut hellroth vom Gehirn zum Herzen herunterschiessen. Wodurch dieser auffallende Farbenwechsel zu Stande kommt, ist zu eruiren nicht geglückt.

J. Munk (Berlin).

E. Woakes. Hydrobromic acid.

(British med. Journal 1877. Vol. I. p. 773.)

Die Erfahrung, dass vorstehende Drogue sich bei den durch Chinin hervorgerufenen Gehörerscheinungen antagonistisch ausserordentlich bewährt habe, führte Verf. dazu, dieselbe auch bei jenem lästigen Ohrensausen anzuwenden, welches durch Congestivzustände hervorgerufen ist. Die Erfolge sollen überraschend gute gewesen sein; nur muss man auch die geeigneten Fälle auswählen. Es dürfen keine nachweislichen krankhaften Processe im Ohre bestehen, das Sausen muss den »pulsatorischen« Charakter haben, nach Angabe der Pat. »klopfend« sein. Häufig wird bei diesen Kranken die Erscheinung beim Vornüberbeugen des Kopfes vermehrt und Schwindel hinzutreten. Das früher von ihm angewandte »Codein« soll der Jodwasserstoffsäure weit nachstehen.

Pilz (Stettin).

Wood. Preliminary note on a new medicinal plant and its alcaloid.

(Philadelphia med. Times 1877. No. 253. p. 510.)

W. machte Versuche mit der Bohne von Sophora (speciosa of Bentham); dieselbe ist oval, etwa $^1/_3$ Zoll lang, hat bitteren Geschmack und betäubende Wirkung. Die Indianer (im Gebiete von Texas) bedienen sich derselben als Toxicum. $^1/_2$ Bohne soll heitere Delirien, gefolgt von tiefem, oft Tage lang andauerndem Schlaf bewirken; 1 Bohne soll einen Menschen tödten können. W. stellte ein Alcaloid (von ihm Sophoria genannt) dar, welches in minimaler Dosis in 2 Minuten einen Frosch vollständig paralysirte. 0,003 Grm. davon versetzten eine Katze in stundenlangen Schlaf. In Krystallform hat W. das Alcaloid noch nicht erhalten. Versuche mit einem alkoholischen Extract der Bohne ergaben:

1) bei Fröschen tritt fast sofort Verlust der Reflexerregbarkeit und der willkürlichen Bewegungen auf. Die Wirkung ist eine centrale. Das Herz schlägt noch lange weiter nach dem Stillstand der Respiration.

2) 0,12 Grm. obigen Extractes einer Katze gegeben, erzeugte nach 1 Minute Schwäche in den Hinterbeinen, nach 2 Minuten Unvermögen zu stehen, nach 3 Minuten Convulsionen mit Verlust des Bewusstseins, Stillstand der Respiration und $1^1/_2$ Minute später auch des Herzens. Pupillen im Beginn unverändert, später erweitert.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Gudden. Bemerkung zu der durch Herrn Prof. Maas veröffentlichten Arbeit über das Wachsthum und die Regeneration der Röhrenknochen.

(Arch. f. klin. Chir. 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

G. hat in seiner bekannten Arbeit »über das Schädelwachsthum« gefunden, dass, wenn er kleine Bohrlöcher in den Schädelknochen von ganz jungen Kaninchen anbrachte, diese nach einigen Wochen stets in weitern Abständen von einander gefunden wurden, also ein interstitielles Wachsen der betreffenden Knochen zeigten. Ref. konnte mit dieser Gudden'schen Methode keine sicher verwerthbaren Resultate bekommen und giebt in der in der Ueberschrift citirten Arbeit an, dass er die Bohrlöcher nicht mit Sicherheit aufzufinden im Stande war. Bei Experimenten, bei denen Platinadrahtstiftchen eingeschlagen wurden, liess sich dagegen ein Auseinanderweichen der Stiftchen von einander niemals constatiren. — G. macht nun auf die grosse Zahl seiner Versuche, sowie besonders darauf aufmerksam, dass er, an 3 Tage alten Kaninchen experimentirend, genaue Messungen (36 an Zahl) an seinen, stets gut erkennbaren Bohrmarken vorgenommen habe, die das Auseinanderweichen der Bohrlöcher beweisen. Zur Vermeidung von Missverständnissen beschreibt G. noch ein Mal genau seine Methode. (Ref. bemerkt an dieser Stelle nur, dass auch G. Wegner [Ueber das normale Wachsthum der Röhrenknochen, Virchow's Archiv Bd. LXI] G.'s Methode für eine ungenügende und Fehlerquellen nicht ausschliessende hält. Ferner konnte auch N. Lieberkuehn [Ueber Resorption der Knochensubstanz. Abhandl. der Senckenberg. naturf. Gesellsch. Bd. XI. p. 56. Frankfurt a. M. 1877], welcher den G.'schen Versuch an drei jungen Hunden wiederholte, kein einziges von den Bohrlöchern wieder auffinden.)

Maas (Freiburg i/B.).

J. Trompetter. Ueber Endarteriitis.

(Aus dem pathologischen Institute zu Bonn). Inaug.-Diss. Bonn 1876.

T. hat unter Leitung Koester's den Process der Endarteriitis genauer studirt und kommt zu folgenden Resultaten: Die ersten Anfänge der Endarteriitis bestehen nicht in Gewebsproliferation, sondern nur in einer Hypertrophie der vorhandenen Elemente und zwar sowohl der Zellen als der Zwischensubstanz. Es tritt ferner eine Erweiterung der Saftcanälchen ein, welche bei entzündeter Intima sich bestimmt nachweisen lassen und welche auch unter normalen

Verhältnissen sehr wahrscheinlich existiren. Eine primäre Wucherung der Intimazellen ist nach T. mit Bestimmtheit nicht nachzuweisen. Auch eine Lymphzelleninfiltration ist wohl nie das Primäre, sondern folgt erst den zur Hypertrophie führenden Veränderungen. Jeder Endarteriitis entspricht ein chron. entzündlicher Process in der Muscularis oder gleichzeitig in der Adventitia, welcher im Verlauf der Vasa vasorum erfolgt. Die Endarteriitis geht der Mes- oder Periarteriitis nicht voraus, sondern folgt ihr; in späteren Stadien tritt selbst eine Vascularisation der endarteriitischen Verdickungen ein. Diese neugebildeten Gefässe sprossen aus den vasa vasorum hervor. Die regressiven Processe in den endarteriitischen Verdickungen werden höchst wahrscheinlich durch eine selbst die Arteriolae nutritiae treffende Endarteriitis bez. Arteriitis mit bedingt. — Besonders hervorzuheben ist also, dass nach T. mit der Endarteriitis oder selbst vor dieser eine correspondirende Mesarteriitis auftritt und dass diese schon aus ihrem anatomischen Verhalten sich als eine von den vasa nutritia ausgehende Entzündung darstellt. Das fleckenweise Auftreten der Endarteriitis entspricht den erkrankten Gefässgebieten, welche bestimmte Territorien der Gefässwand versorgen. — T. erklärt den Zusammenhang des Vorgangs bei der Endarteriitis folgendermassen: Ein chronischer Reiz trifft den Endapparat der Vasa vasorum, in Folge dessen sich um letztere eine chronische Entzündung ausbildet. In Folge der Hyperämie werden aber zunächst auch diejenigen Stellen der Intima stärker durchtränkt und schliesslich hypertrophisch, die von dem entzündeten Gefässgebiet ernährt werden. Nach diesen primären Erscheinungen wandern später auch Lymphkörperchen in die Intima aus und zuletzt, wenn die mesarteriitische Entzündung die Membrana fenestrata erreicht oder durchbrochen hat, wuchern selbst Gefässe in die Intima. Sodann spielen die von Koester in der Muscularis der Arterien nachgewiesenen reichlichen Lymphgefässe bei der Erklärung der Endarteriitis eine wichtige Rolle. In Folge der chronischen Entzündung bildet sich eine Obliteration der Lymphgefässe aus und es entsteht desshalb eine mächtige Lymphstauung, d. h. Erweiterung der Saftcanälchen und Hypertrophie, beides die eigentlich einzigen Erscheinungen in den ersten Stadien der Endarteriitis.

H. Tillmanns (Leipzig).

Köhler. Die blutsparende Methode im Felde.

(Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1877. Hft. 8. u. 9. p. 371—381.)

Der obligatorischen Einführung der elastischen Constriction in die Kriegschirurgie ist namentlich der Umstand hinderlich, dass das Gummi bei der unvermeidlichen jahrelangen Aufbewahrung in den Depots seine Elasticität verliert und unbrauchbar wird. Versuche, welche auf Veranlassung Bardeleben's auf der chirurgischen Abtheilung der Charité angestellt wurden, haben aber ergeben, dass künstliche Blutleere sich auch in vollkommen genügender Weise her-

stellen lässt, durch Einwickelung mit leinenen Binden. Nur müssen diese Binden sehr fest gewebt und schmal sein, sie müssen stärker angezogen werden, als Querbinden, und dürfen keine Renversés enthalten; ferner wird der betreffende Körpertheil vor der Einwickelung einige Minuten lang emporgehoben, und die Binde nach der Anlegung von der Peripherie nach dem Centrum hin langsam angefeuchtet.

An Stelle des Gummischlauches benutzte Verf. das in jedem Bandagentornister vorhandene Knebeltourniquet ohne Pelotte. Die damit erzielten Resultate unterschieden sich in nichts von der elastischen Constriction. Auch bezüglich der naheliegenden Befürchtung, dass der starrere Druck der leinenen Binden auf die Vitalität der unterliegenden Gewebe von nachtheiligem Einfluss sein werde, hat K. an Amputationslappen die Erfahrung gemacht, dass die Neigung zum Absterben derselben durch das von ihm geübte Verfahren nicht erhöht wird.

Da die nach der Lockerung des Gurtes, ebenso wie nach der Abnahme des Gummischlauches, auftretende reichliche Blutung ein schnelles Fassen der spritzenden Gefässe fordert, so würde für den Fall der Anwendung Esmarch'scher Blutleere im Felde nothwendig die Zahl der Unterbindungspincetten in den Bestecken zu vermehren sein. **A. Hiller** (Berlin).

Lawson. Abdominal section for extra-uterine foetation; death on second day.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 48.)

Eine 27jährige seit 18 Monaten verheirathete Frau hatte in der linken Darmbeingegend einen festen vom Lig. Poup. bis in die Höhe des Nabels reichenden Tumor. Uteringeräusche, Kindesbewegung und fötale Herztöne fehlten. Die Brüste voll, von Venen reich durchzogen, entleeren auf leichten Druck Colostrum; die Areola ist dunkel gefärbt, die Port. vagin. weich, gelockert. Einige Stunden nach Eintritt der letzten Regel vor 6 Monaten empfand die Kranke plötzlich die heftigsten Schmerzen im linken unteren Abschnitte des Abdomens, 3 Wochen später erschien hier ein hühnereigrosser Tumor, der in den letzten Monaten rapid wuchs. Wiederholter Abgang von Blut aus den Genitalien; in der letzten Zeit 3 Frostanfälle. Pat. war durch die Beschwerden sehr heruntergekommen. In der Chloroformnarkose zeigte sich die etwas erweiterte Uterinhöhle leer. Operation. Es wurden die Bauchdecken über dem Tumor durch einen Schnitt, parallel der Art. epigast., gespalten; der Tumor selbst glänzend, von Purpurfarbe, mit reichlichen Venengeflechten, an der Hinterseite verwachsen. An einer gefässarmen Stelle wird die Geschwulst eingeschnitten, die Placenta leicht abgedrängt, ein Fuss ergriffen und der faultodte Fötus entfernt; es floss $^1/_4$ Pinte schmutziges Fruchtwasser ab; die abgelöste Partie der Placenta wird nach Umlegung

einer Ligatur abgeschnitten, die adhärente Placenta belassen, die Wundränder der Cyste werden genau in der Bauchwunde eingenäht. Kein starker Blutverlust; doch stirbt Pat. unter den Erscheinungen der Erschöpfung. Section: keine Peritonitis, die Wundränder gut angelöthet; die Cyste 7" lang, liegt vor dem Uterus, die vordere und obere Partie der Höhle wird von der Placenta eingenommen, sie enthält ausserdem ein grosses Blutcoagulum. Die Cyste liegt an der Stelle des linken Ovarium, von dem keine Spur vorhanden, die linke Tube verdickt und erweitert, verliert sich in der Cystenwand, welche eine Verwachsung mit der Flex. sigmoid. eingegangen ist. Der Uterus gefässreich, etwas vergrössert, die übrigen Theile der Genitalorgane normal. In der Lunge und den Nieren miliare durchscheinende graue Knötchen. Verf. glaubt, dass eine rechtzeitige Operation erfolgreich gewesen wäre. **Pilz** (Stettin).

K. Stahl. Zur Anatomie und Diagnose der theils extra- theils intraperitonealen Entwickelung von Ovarialgeschwülsten.

(Centralbl. f. Gynäkologie 1877. No. 8.)

Hegar machte Ende Mai 1877 die Ovariotomie in einem Fall, wo der multiloculäre rechtsseitige Tumor schon bei der Besichtigung und Betastung durch eine scharfe Querleiste in einen oberen und einen unteren Abschnitt getrennt erschien, und wo die Operation lehrte, dass, wenn auch zahlreiche Cystenräume bestanden, die Geschwulst doch im Wesentlichen aus 2 Theilen zusammengesetzt war, einem unteren extraperitonealen und einem oberen intraperitonealen. Der extraperitoneale Theil hatte sich — die vordere Platte des Lig. lat. zu einem Diaphragma aufhebend — zwischen Peritoneum und Fascia transversa nach oben fast bis zur Nabelhöhe, seitlich bis an die Beckenwand, abwärts bis an die obere Grenze des Foram. ischiadic. ausgedehnt; vom intraperitonealen war er getrennt durch eine ausgesprochene Furche, die durch ein querlaufendes, sehnig verdicktes Band von 1 Ctm. Breite noch schärfer markirt war.

Ausser der letzteren ergab sich als wichtiger Anhaltspunct für die Erkennung derartiger Geschwülste eine bei Erhöhung des intraabdominellen Druckes scharf gespannte Querleiste am untern Theil der Furche, die dadurch entstand, dass der intraperitoneale Theil vorgedrängt wurde, während der subperitoneal eingeklemmte unverändert blieb.

Endlich bestanden auch Verschiedenheiten in der Consistenz der beiden Theile, die indessen nur mit grosser Vorsicht semiotisch zu verwerthen sein dürften. **Löhlein** (Berlin).

---

v. Grünewald. Zur operativen Behandlung der bösartigen Neubildungen an der Vaginalportion und der Scheide.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 3 p. 501.)

v. G. schreibt die ungenügenden Erfolge der Operationen zur Entfernung maligner Geschwülste der Portio im Wesentlichen dem

Umstand zu, dass meist erst dann operirt werde, wenn eine exacte Trennung des kranken vom gesunden Gewebe nicht mehr bewirkt werden könne.

Die idealste Operationsmethode würde für diesen Zweck die trichterförmige Excision mit Vernähung der Wundränder (Hegar und Kaltenbach) sein. Indess ist man selten in der Lage den Schnitt in ganz gesundem Gewebe zu führen und der Hauptvortheil der Methode, die prima intentio, geht somit bei der schliesslich noch erschwerten Application des Ferrum candens verloren.

Von den ausserdem noch in Betracht kommenden Methoden der Entfernung: durch den Ecraseur, Maisonneuve's Constricteur und die Glühschlinge, bietet die letztere, wie v. G. schon 1861 hervorgehoben hat, die grössten Vortheile, wenn man einige Cardinalregeln beobachtet: die Schlinge über der Insertion der Neubildung anlegt, den Uterus nicht herabzieht und den glühenden Draht langsam das Gewebe durchtrennen lässt.

Gewöhnlich entsteht dabei durch Retraction eine trichterförmige Excision. Ihr Ausbleiben ist ein charakteristisches Zeichen, dass die Exstirpation nicht radical gelungen ist.

Die Gefahren der Operation sind nach v. G. sehr gering. Immerhin sah er 1 Mal eine rasch tödtliche arterielle Blutung und 3 Mal Nachblutungen bei der Abstossung des Schorfes auftreten. Unter weit über 100 galvanokaustischen Operationen an den weiblichen Sexualorganen hatte er 5 letale Fälle durch Pyämie und Septikämie zu verzeichnen.

Als wichtige Regel schärft v. G. dem Operateur ein, dass die Abtragung selbst auch im günstigen Fall nur als der erste Act des operativen Verfahrens anzusehen sei. Denn nur ganz selten erfolgt nach dieser die gründliche Heilung, während sie sehr viel öfter eintritt, wenn secundäre galvanokaustische Umstechungen der Recidivknötchen gemacht wurden. Nach 38 einfachen primären Operationen mit der Glühschlinge sah v. G. nur 2 Mal völlige Genesung, dagegen genasen 9 Kranke, bei denen auf die primäre Abtragung noch mehrere secundäre Umstechungen verdächtiger Stellen gefolgt waren. — Von der Möglichkeit, mittelst der letztgenannten noch zu gesundem Gewebe vorzudringen, soll deshalb auch die Entscheidung abhängen, ob im einzelnen Fall eine Radicaloperation vorgenommen werden soll.

Wo es sich nicht um einen prominenten Tumor, sondern um einen kraterförmigen Substanzverlust handelt, ist die Aussicht einer radicalen Entfernung viel geringer. Immerhin kann man auch hier der Blutung und Jauchung zeitweise Einhalt thun. Hier empfiehlt sich Simon's scharfer Löffel und noch häufiger Paquelin's Thermokauter. —

Die hierbei erzielte Besserung lässt sich durch medicamentöse Behandlung verlängern: in 4 Fällen sah v. G. befriedigende Resultate von der alle 3—7 Tage wiederholten Application der Salicylsäure in Substanz oder in concentrirter Lösung. —

Von der Injection in's Gewebe der Portio ist kein Erfolg zu erwarten. **Löhlein** (Berlin).

H. Marcy. Fracture of the patella and treatment by a new method.

(Bost. med. and surg. Journal 1876. Vol. II. p. 633.)

Verf. bespricht die bekannten physiologischen Verhältnisse der Kniescheibe, bezeichnet als Ursache des Querbruchs die Oberschenkel-Condylen, auf welche sich die Patella bei der Muskelwirkung der starken Extensorengruppe stützt, und geht näher ein auf die Heilung durch fibröse Zwischenmasse und die zur Heilung benutzten Verband- und Lagerungsmethoden. Der Hauptgrund für das Auseinandergehen beider Fragmente liege in der schnell auftretenden Exsudation in's Kniegelenk, nach deren Beseitigung erst Adaption und Retention der coaptirten Bruchenden nützen könne. Nach eingetretener Abschwellung, welche nöthigenfalls durch Aspiration beschleunigt wird, legt M. einen complicirten Heftpflasterverband an. Ein breiter Halbmond aus starkem Heftpflaster mit einem Querschlitz zur Durchführung elastischer Schnüre, wird über und unter dem Bruchende angeklebt; das ganze Bein wird von den Zehen bis hoch zum Oberschenkel hinauf in einen durch Blechstreifen — besonders an beiden Seiten des Kniegelenks — verstärkten Pflasterverband gelegt. Nun wird die obere Kniegelenksgegend durch einen ovalen Ausschnitt freigemacht, sodann etwas entfernt von dem oberen und unteren Rande des Fensters eine Metallöse angebracht, an welcher die von beiden Enden des Verbandes herkommenden elastischen Schnüre befestigt werden, um durch geeignetes Anziehen derselben die Bruchenden in guter Lage zu fixiren. — Mit einem solchen Verbande, der nicht schwer ist und genügende Festigkeit giebt, kann Pat. schon in den ersten Tagen mit Hülfe von Krücken umhergehen.

Verf. hat die 3 letzten Fälle in dieser Weise mit gutem Resultate behandelt. **Pils** (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

Ziemssen (Wiesbaden). Massage mit warmer Douche im warmen Bade.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 34.)

Z. wandte die Methode (cfr. Original) mit Vortheil an bei Residuen von chron. Gelenkentzündungen (ligamentöse und sehnige Verwachsungen, Verdichtung der Gewebe, seröse Ergüsse u. s. w.), ferner bei Blutextravasaten und Oedemen nach Luxationen und Distorsionen, bei Verkürzungen und Schrumpfungen der Muskeln nach langem Krankenlager etc., endlich bei neuralgischen Leiden (Hemiplegie, Paraplegie, Anaesthesie, Hyperaesthesie). Bei »einigen hysterischen Leiden« wurde durch Douche mit Massage Vorzügliches geleistet. Die Schmerzen beim Massiren mit warmer Douche im warmen Bade sind nach Z. geringer und die unwillkürlichen, dem Masseur entgegenarbeitenden Muskelcontractionen sind viel leichter zu überwinden.

H. Tillmanns (Leipzig).

Spamer Zur Casuistik der Chorea.

(Wiener med. Wochenschrift 1876. No. 52.)

Anknüpfend an Heller's Fall von angeborener Chorea (Wiener med. Wochenschrift 1876. No. 19) theilt Verf. einen ähnlichen Fall mit. Es lag eine Art Kehlkopfchorea vor; sonderbare Athmungsgeräusche traten öfter auf, die im Schlafe schwanden. Beobachtet wurden die Symptome seit den ersten Lebenstagen des Kindes, dessen Mutter vier Monate vor der Entbindung vielfache Gemüthsaufregungen (2 Todesfälle) erlitten hatte. **v. Mosengeil** (Bonn).

Leclaire. Du psoriasis invétéré et de son traitement par le jaborandi.

(La presse méd. Belge 1877. No. 34.)

Das Mittel wurde in 2 Fällen erprobt, bei einem 27jährigen Pat. mit seit 6 Monaten bestehender Psoriasis und bei einem 24jährigen Pat. mit seit 2 Monaten bestehender Psoriasis guttata. Dauer der Cur 6 Wochen. Im Fall 1 trat Heilung ein (ob Recidiv, bleibt abzuwarten); im 2. Falle Besserung, jedoch lehnte Pat. die Fortsetzung der widerlichen Cur, welche ihn sehr heruntergebracht hatte, ab. — Man giebt ein Infus. von 3 — 4 Grm. auf 150 Grm. (wenn es vertragen wird, selbst 9 auf 150) jeden 3. — 4. Tag Morgens, nüchtern, nachdem Pat. urinirt hat. Der Kranke soll mehrere Stunden das Bett hüten und sehr warm zugedeckt sein, um tüchtig zu schwitzen. Alle 2 Tage ein Kleienbad. L. zieht folgende Schlüsse aus seinen Beobachtungen:

1. Die Jaborandiwirkung variirt sehr, je nach der Constitution und dem Temperament des Individuums; je schwächer letzteres, um so stärker die Wirkung. (Alle den Organismus erschöpfenden Krankkeitsursachen bringen aber, wie längst bekannt, die Psoriasis temporär zum Stillstand oder selbst zum Verschwinden. Red.) — 2. Die Wirkung ist nicht besser, als die der bisher gegen Psoriasis bekannten Mittel. — 3. Die Anwendung erfordert viel Umsicht; die Kranken sträuben sich vielfach gegen das Mittel, zu dessen richtiger Würdigung übrigens noch Gegenversuche nöthig sind. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

M. Schaeffer. Zur Casuistik der Laryngo-Trachealtumoren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 29.)

Sch. constatirte am 12. August v. J. bei einem 71jährigen, seit 5 Jahren angeblich an chronischem Larynxkatarrh leidenden Manne eine dunkelrothe polypöse Neubildung vom rechten Stimmband ausgehend und sich in die Trachea erstreckend (schlürfende Raschelgeräusche im unteren Larynx resp. in der Trachea). Hochgradige Dyspnoe. Tracheotomie verweigert, dann von einem anderen Collegen über der Cartilago cricoid. im rechten Interstitium crico-thyreoid. (ohne Assistenz und angeblich wegen zu hohen Hinaufreichens der Glandula thyreoid.) ausgeführt. Die Kanüle konnte wegen vorliegender Geschwulstmassen nicht eingeführt werden. Athmung erleichtert, starke Blutung aus den angeschnittenen Geschwulstmassen. Einführung einer dicken Trachealkanüle zur Compression der blutenden Geschwulstmassen gelingt schliesslich, und die Blutung stand. Wegen der Schwäche des Pat. vorläufig jeder weitere operative Eingriff sistirt. Am 14. August wurde dann die Trachealwunde durch den Ringknorpel und Trachealknorpel nach unten erweitert und die Geschwulstmassen mit dem scharfen Löffel von Justi (mit biegsamen Stiel) entfernt. Blutung durch liq. ferri sesquichlor. gestillt. Ernährung vermittelst Schlundrohr. Am 16. Aug. heftige Schmerzen in der linken Seite, Sputa und ausgeathmete Luft von aashaftem Geruch. Collaps. Coma. Tod am 17. Morgens. Section nicht gestattet. Die histologische Untersuchung der sehr ausgedehnten Kehlkopf-Neubildung ergab Carcinom. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Tillaux. Infraspinous luxation of the humerus.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 164.)

Malgaigne beobachtete nur 2, A. Cooper 6 Fälle, bei allen erfolgte leichte Einrenkung; Sédillot und Tillaux hatten je eine Beobachtung. Cooper nahm an, dass hauptsächlich die Muskeln der Untergrätengrube bei von vorn die Schulter treffendem Stoss die Verrenkung bewirken. Nélaton findet in der vorn wirkenden Gewalt das Hauptmoment, Tillaux in der Torsionswirkung. Als Be-

leg referirt er kurz folgenden Fall: Es stellt sich ein Mann mit Abscess unter dem rechten Pectoralis vor. Die infraclaviculare Vertiefung fehlt, Acromion springt stark vor, Schulterkopf unter der Schulterblattgräte leicht zu fühlen, unterer Schulterblattwinkel etwas mehr von der Mittellinie entfernt, als links; Arm aussergewöhnlich beweglich. Die Luxation ist vor 6 Jahren entstanden. Pat. wollte beim Hinaufsteigen einer Treppe einem Entgegenkommenden ausweichen, glitt aus, fiel mit der vorderen Schulterpartie auf die Treppenkante, wollte ein unter dem Arm befindliches Packet nicht fallen lassen, flectirte heftig den Vorderarm und adducirte den Oberarm — dadurch wurde der Kopf gerade nach aussen getrieben. Das Körpergewicht vervollständigte die Luxation gerade nach hinten. 2 Stunden nach dem Unfall, da er den Arm nicht bewegen konnte, schickte er zum Arzt. Ob eine Einrenkung stattgefunden oder nicht, ist nicht festzustellen. Pat kann den Arm leicht durch Muskelzug einrenken, mit dessen Nachlass aber sinkt der Kopf stets nach hinten; die Elevation ist Null. **Pilz** (Stettin).

E. M. Deas. Notes of a case of spontaneous fracture of the humerus and femur.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. II. p. 9.)

Bei einer 57jährigen geistesschwachen, ruhigen Frau erfolgte im Bette ohne voraufgegangenes Trauma eine spontane Fractur des linken Oberarms im unteren Drittel und 10 Tage später eine Fractur im unteren Drittel des linken Oberschenkels. Pat. starb an Bronchopneumonie. Bei der Section zeigten sämmtliche Röhrenknochen die Corticalis von Papierdünne; die Maschenräume der Spongiosa waren sehr weit, erfüllt mit einer halbflüssigen dunklen »Masse«, die leicht ausfloss. Eine Verlöthung der Fracturenden hatte nicht begonnen, obwohl reichlich weicher Callus sich abgelagert vorfand. **Pilz** (Stettin).

Chalot. Désarticulation au poignet par le procedé à lambeau externe.

(Montpellier méd. 1877. Bd. XXXIX. Hft. 2. p. 130. August.)

Verf. berichtet über eine von Dubrueil geübte Lappenmethode bei Exarticulation der Hand, wobei der Lappen von der Radialseite hergenommen wird. Man bekommt hier einen dicken, gutgenährten Lappen, der eine sehr gute Deckung der Gelenkflächen abgiebt. Die Narbe kommt in die Peripherie zu liegen, ausserdem fällt bei der gewöhnlichen Mittelstellung der Hand und des Vorderarmes der Lappen von selber auf die Gelenkflächen, und der Wundabfluss ist ein sehr guter. Die Basis des Lappens erstreckte sich etwa 2 Querfingerbreit vom Proc. styloid. radii nach beiden Seiten hin. Der halbmondförmige Lappen selber reichte bis zur ersten Phalanx des Daumens. (Diese Methode wurde in ganz ähnlicher Weise bereits von Walther 1810 ausgeführt und zwar auch bei einem Soldaten wegen Schussverletzung der Hand. Ref.) **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

A. v. Derveer. Tumor in the knee-joint.

(Arch. of clin. surg. Vol. II. p. 113.)

Ein jetzt 54jähriger Mann wurde vor 12 Jahren am Knie durch einen Holzklotz verletzt. Die Wunde heilte schnell; 7 Jahre später bildete sich an dem Orte der Verletzung eine kleine Geschwulst, die allmälig wuchs und schmerzhaft wurde, später unter Anwendung von Jodtinctur sich zurückbildete. Seit einem Jahre hindern heftige Schmerzen an jeder Bewegung des Beines; eine Geschwulst liegt am unteren Rande der Kniescheibe. Unter antiseptischen Massnahmen wird das Kniegelenk eröffnet und ein 4 Drachmen schwerer Tumor, der schon die halbmondförmigen Zwischenknorpel erfasst hatte, exstirpirt. Nach Entfernung des ersten Verbandes, am 10. Tage, volle Heilung mit normal beweglichem Kniegelenk. **Pilz** (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nº 45. **Sonnabend, den 10. November.** **1877.**

Ueber die Behandlung weicher Sarcome und Carcinome der Schilddrüse mittelst des Evidement.

Von

Professor Dr. **Kocher** in Bern.

Die Behandlung, welche ich in meinen Beiträgen zur Pathologie und Therapie des Kropfes*) für die weichen Formen der Struma angegeben habe und welche sich seither auch in den Händen anderer Chirurgen**) bewährt hat, ist seither auf unserer Klinik auch auf Fälle weicher maligner Neubildungen ausgedehnt worden. Obschon dabei eine völlige Heilung nur in einem Falle ganz sicher erzielt worden ist, so erscheint es doch wahrscheinlich, dass die Methode berufen ist, bei richtiger und frühzeitiger Ausführung bessere Resul-

*) Zeitschr. für Chirurgie 1874. Bd. IV.

**) vergl. Rossander, 2 Fälle von Evidement bei Struma 1874. Hygiea und Centralbl. für Chirurgie 1876, p. 103.

tate zu geben. Selbstverständlich würde sich diese Behandlung auch auf weiche Sarcome und Carcinome an anderen Körperstellen übertragen lassen — für Fälle, wo eine Totalexstirpation des Tumor nicht zulässig ist.

Der Heilungsfall betrifft einen 32jährigen kräftigen Bierbrauer, Herrn F. von M., welcher sich gegen Ende Oct. 1876 zum ersten Male vorstellte. Im Aug. 1876 bemerkte der Mann, der früher nie einen dicken Hals gehabt haben will, die Entwicklung einer Geschwulst auf der linken Halsseite. Bei der ersten Wahrnehmung war der Tumor kaum nussgross. Trotz Medication wuchs derselbe stetig, begann erst nach längerer Zeit etwas empfindlich auf Druck zu werden und nach Ohr-, Schläfen- und Scheitelgegend derselben Seite ausstrahlende Schmerzen zu machen.

Am 30. Oct., bei der klinischen Vorstellung, ist der Tumor faustgross und bietet die Erscheinungen einer entzündeten Struma cystica dar. Ausser Fluctuation in toto und Depressibilität einzelner Stellen besteht stellenweise starke Druckempfindlichkeit, gelbröthliche Verfärbung der Haut und geringere Verschieblichkeit derselben. An einzelnen Stellen flachbucklige Hervorragungen. Da die Punction nur Blut mit einzelnen dicken, gelben Flocken entleert, so wird am 31. Oct. die Spaltung vorgenommen. Die Anheftung ist unnöthig, da der Balg mit den äusseren Weichtheilen verschmolzen erscheint. Es findet sich in der Geschwulst eine weiche, Granulationen ähnliche Masse mit graugelben, breiig erweichten Partien. Die sehr starke Blutung wird erst mit einem Schwamm gestillt und dann ein antiseptischer Verband angelegt.

Der Verlauf schien der klinischen Diagnose zu entsprechen, so lange Pat. sich im Spital befand und die Wunde genau aseptisch gehalten werden konnte. Die Haut nahm in der Umgebung bald normales Aussehen an, die Wunde verkleinerte sich rasch, die Wundränder granulirten schön, nur etwas üppig, so dass öfter Lapis angewendet wurde. Am 20. Nov. konnten durch Druck wieder eine Menge »Granulationen« aus der Tiefe herausbefördert werden und musste danach die Blutung durch Liq. ferri gestillt werden.

Wenige Wochen nach der Entlassung wurde mir von dem behandelnden Arzte, Dr. Stock in Murten, die Mittheilung gemacht, dass die Wunde sich wieder weit geöffnet habe, öfter sehr schwer stillbare Blutungen eingetreten seien und eine intensive Jauchung bestehe, so dass Pat. in hohem Maasse heruntergekommen sei. Ich rieth, Pat. sofort wieder in's Spital zu schicken, was aber wegen Weigerung von Seiten des Pat. erst am 12. März 1877 geschah.

Der Status bei dieser zweiten Aufnahme war folgender: Der Pat. ist hochgradig heruntergekommen, hat ein fahles Aussehen, keinen Appetit. Die Wunde verbreitet einen penetranten Gestank und hat die Charaktere eines jauchenden, weichen Krebses. Der »Balg« ist wieder mit stark vorwuchernden, fungösen Massen erfüllt, von braunrother Farbe, mit schwärzlicher, gangränöser Oberfläche, die sehr

leicht bluten. Am auffälligsten aber ist die bösartige Natur dieser »Granulationen« daraus ersichtlich, dass sich in der Grösse eines kleinen Eies ein zapfenförmiger Fortsatz auf- und auswärts gebildet hat. Derselbe hat seit Anfang Januar zu wachsen begonnen und war am 1. März, wo ich Pat. sah, nussgross. Die Haut darüber ist geröthet, glänzend, die Geschwulst fluctuirend. Ein zweiter Knoten geht unter dem äusseren Wundrand auswärts unter dem Sterno-Cleido hin, die unveränderte Haut kugelförmig emporhebend.

Es wird nun noch einmal ein sehr energisches Evidement, auch der neugebildeten Knoten, vorgenommen und die Höhle mit Zinkchlorid-Tampons (1 : 5) angefüllt und der starken Blutung wegen energisch ausgestopft. Die ausgelöffelten Massen wurden vom Prof. Langhans untersucht, die maligne Natur der Geschwulst festgestellt und ein Carcinom diagnosticirt im Gegensatz zu einem Sarcom. Nach ein paar Tagen schon musste Pat. auf seinen Wunsch entlassen werden, nachdem in den letzten Tagen täglich die Wundhöhle mit obiger Zinkchloridlösung geätzt worden war. Laut Bericht des Arztes wurde noch einige Male, so oft in der Tiefe der Höhle verdächtige Massen sich zeigten, in gleicher Weise mit einem sehr grossen Löffel ausgelöffelt und mit Chlorzink tamponirt.

Am 19. Juli hat sich Pat. wieder vorgestellt. Er ist noch blass, anämisch, fühlt sich aber ganz wohl. Die Wunde am Halse ist vollständig vernarbt, von Empfindlichkeit oder Anschwellung keine Spur mehr vorhanden. Pat. steht wieder seinem Geschäfte vor. Laut Bericht vom 13. Oct. 1877 von Dr. Stock ist keine Spur eines Recidivs vorhanden, Pat. in seinen Functionen vollständig normal. —

Einen sehr ähnlichen Fall beobachtete ich bei einer 39jährigen Lehrerin, Fräulein V. aus R., wo sich ebenfalls das Bild einer Struma cystica inflammata vorfand, nachdem Electrolyse eine Zeit lang angewendet worden war. Die wegen hochgradiger Athemnoth unternommene Spaltung ergab keine Flüssigkeit, sondern von einem Balg umschlossen ein weiches Gewebe, welches leider nicht untersucht wurde. Auch hier wurde gründlich evidirt und auch hier mussten mehrmals verdächtige fungöse Wucherungen entfernt und mittelst starker Caustica zerstört werden, bis nach langer Zeit die Heilung eintrat, die sich bis zur Stunde dauernd erhalten hat. Da aber hier die mikroskopische Untersuchung fehlt, so werden wir den Fall bei der Fortsetzung unserer »Beiträge« im Capitel der Kropfentzündungen ausführlicher mittheilen.

Je mehr sich unsere Erfahrungen über Neubildungen der Glandula thyreoidea mehren, desto mehr kommen wir zu der Einsicht, dass dieses Organ neben den Knochen der relativ häufigste Sitz acuter Sarcome und Carcinome ist, welche bei ihrer rapiden Entwicklung unter oft sehr täuschend entzündlichen Erscheinungen mit subacuter Entzündung ausserordentlich leicht verwechselt werden können.

Gerade mit Rücksicht auf diesen letzteren Punkt hielt ich obigen Fall für der Mittheilung werth, weil man bei Irrthum in der Diag-

nose nach der Incision sich durch die Constatirung des Vorhandenseins einer malignen Neubildung durchaus nicht abhalten lassen darf, zu progrediren und nach dem von mir für die weichen Formen der Struma hyperplastica angegebenen Verfahren das Evidement auszuführen. Wir haben dasselbe mit einem eisernen, scharfrandigen, gewöhnlichen Kinder-Suppenlöffel ausgeführt. Unumgänglich nothwendig ist eine nachherige sehr energische und nachwirkende Cauterisation mit Zinkchlorid und eben so nothwendig jedenfalls die Wiederholung der ganzen Procedur, sobald die verdächtigen Wucherungen aus der Tiefe emporsprossen.

Bern, am 11. October 1877.

Zur Lehre von der Granulations-Stenose nach Tracheotomie.

Von

Dr. J. Pauly,

Stabsarzt a. D. in Posen.

Unter 24 Tracheotomien, von denen 21 wegen diphtheritischen Croups ausgeführt werden mussten, habe ich 3 Fälle von Granulations-Stenose beobachtet; ein Kind starb, die beiden anderen sind nach 1 und 2 Jahren geheilt. Da die Mittheilungen hierüber, wie Hüter in seiner klassischen Monographie angiebt, sehr spärliche sind, auch nach der ausgezeichneten, zusammenfassenden Arbeit Koch's (26 Fälle) weitere Beobachtungen wünschenswerth sein dürften, so erlaube ich mir Einiges hier zu veröffentlichen.

Die ersten beiden Fälle wurden im Spätsommer 1875 cricotomirt, zwei Geschwister. Der ältere $3^1/_2$jährige Knabe überstand die Diphtherie und die darauf folgende Albuminurie, aber die Kanüle blieb unentbehrlich. In der 6. Woche entfernt eines Sonntags früh der Vater definitiv dieselbe, das Kind läuft herum, wird Abends hingelegt und schläft ein, erwacht plötzlich und stirbt, ohne dass die Mutter die Kanüle wieder einzuführen wagt.

Da die Section (mit Herrn Stabsarzt Samter) die Causa proxima mortis nicht aufklärte, schickte ich Kehlkopf und Herzfleisch an Herrn Prof. Virchow, der weder an ersterem, noch an letzterem Fettmetamorphose constatirte, dagegen die zusammengezogene löffelförmige Stellung der Epiglottis feststellte, welche auf asphyktischen Tod deutet. »Wodurch dieser bedingt ist, kann ich auch nicht bestimmt sagen. Indess findet sich im Umfang der Kanülenöffnung eine so starke Schwellung und eine fast lappenartige Vergrösserung derselben, dass man sich wohl vorstellen kann, es sei dadurch in der Rückenlage, wo die Schwere diese Lappen nach innen treten lässt, eine sehr bedeutende Verengerung der Trachea hervorgebracht«.

Nunmehr betrachtete ich mit einem guten Reflector genau die

Wunde des anderen 15 Monate alten Kindes, bei dem ebenfalls die Kanüle nicht entfernbar war und constatirte im oberen Wundwinkel deutliche excessive Granulationen. Noch besser konnte ich dieselben bei einem im Oct. 1875 cricotomirten 4jährigen Knaben studiren, der am 4. Tage nach der Operation Scharlach bekam. Endlich beobachtete ich den Verlauf der Granulationen bei einem wegen Lähmung der Stimmbandöffner cricotomirten Feldwebel, der genöthigt ist, dauernd eine Ventilkanüle*) zu tragen.

Aus diesen Fällen bin ich zu folgenden Schlüssen gelangt:

1) Die Granulationsstenose entstand in meinen Fällen durch Nicht-Entfernung der Kanüle. Dieselbe war in einem Falle bedingt durch hinzutretenden Scharlach, in den anderen beiden durch Verabsäumung des richtigen Zeitpunktes der Entfernung der Kanüle. Zu meiner Entschuldigung muss ich anführen, dass die Operirten in einem Keller lagen, in dem ich Niemandem die Wiedereinführung der Kanüle anvertrauen konnte.

2) Die Granulationen sprossten ausschliesslich an dem inneren Rande der oberen Peripherie der tracheotomischen Wunde empor, wo der Druck der Kanüle nicht hingelangte, erstreckten sich in das Lumen der Trachea hinein, und zogen sich bis zur Mitte der Seitenränder herunter.

3) Die Behandlung war sehr ermüdend. Zuerst ätzte ich mit einem Lente'schen Platinadraht bei reflectirtem Licht; das genügte gar nicht; ebenso wenig Sondirungen mit elastischen Kathetern, die sich schwer um den Granulationswall herumführen liessen, so dass ich auf den Gedanken kam, erst Stearn's Dilatator (für die Urethra) einzuführen; derselbe ist sehr brauchbar und gestattet die Athmung während der Einführung. Endlich entschloss ich mich, durch die Granulationsmassen nach oben zu dilatiren. Eine Erweiterung nach unten ist nach der Cricotomie wohl stets zu vermeiden; Billroth verlor so einen Fall; die Dilatation nach oben hat blos mit dem Ramus anastomoticus zu thun, dessen Unterbindung in der granulirenden Wunde allerdings schwierig wäre. Deshalb erweiterte ich in dem einen Falle galvanokaustisch ohne Blutung, in dem zweiten jedoch dreist mit dem Pott'schen Bistouri in Rose'scher Lage bis zum unteren Schildknorpelrande; dann schob ich einen Baumwolltampon über die Kanüle und die Blutung stand.

Ich durchschnitt die Weichtheile auf einmal, da ich nach einer unvollständigen Trennung des kleinen Astes in dem Falle der Lähmung der Stimmband-Erweiterer mehrere starke Nachblutungen erlebte, bis ich mich entschloss, nach Einführung einer Tamponkanüle das Lig.

*) Um die Selbsteinführung zu erleichtern und trachealen Decubitus zu vermeiden, habe ich die Doppelkanüle mit beweglichem Schilde und entsprechender Krümmung (wie die Trendelenburg's), mit innerem Lissard'schen Korbansatz und Ventil versehen lassen. Eine Oeffnung auf der Convexität ist überflüssig. Das Instrument ist als Permanenz-Kanüle vorzüglich. Herr Détert (Französische Strasse 53, Berlin) fertigt es für 15 Mark.

crico-thyr. ganz zu trennen. — Die dritte Möglichkeit, sich vor Blutungen bei der Erweiterung zu schützen, besteht eben in der Anwendung einer für Kinder geeigneten Tamponkanüle.*)

Nach der Dilatation nach oben präsentirten sich beiderseits erbsengrosse Granulationswülste; dieselben abzutragen gelang schlecht mit der Pincette, besser mit Fassinstrumenten nach dem Princip der Hueter'schen Zange, am besten mit Wilde's Ohrpolypenschnürer. Alsdann führte ich Zinnbougies, geeignet gebogen, durch die Wunde ein, bis der in den Mund eingeführte Finger sie fühlte; das konnte natürlich nur auf Augenblicke geschehen; doch gelang es so, mit Unterbrechungen allerdings in 1, resp. 2 Jahren volle Heilung ohne Luftfistel zu erzielen.

Die »Impossibilité d'enlever la canule« dürfte nicht gar so selten sein, als die bisherigen spärlichen Mittheilungen vermuthen lassen, kömmt auch nach Fremdkörper-Tracheotomien vor (Oelschläger, Langenbeck's Archiv Bd. X) und scheint, was auch E. Küster bemerkt, nach Cricotomie am häufigsten. Der Gedanke, dass Muskellähmungen einen Theil dieser Fälle verursachen, scheint mir nach dem, was wir über die Stimmbandöffner-Lähmung wissen, nicht correct; und findet man auch oft neben dieser Supposition Granulationen und sogar flottirende notirt. Nichtsdestoweniger wird Muskelkrampf angeschuldigt.

In der Zeit, da ich mich mit meinen Fällen herumquälte, erschienen zwei wichtige Arbeiten über Granulations-Stenose nach Tracheotomie, die eine von W. Koch, die andere von Dupuis (cfr. Referat Centralblatt 1877, No. 31 und 1876, No. 2). Durch Ersteren wurden sämmtliche bekannten (26) Fälle gesammelt und nachgewiesen, dass allerdings nicht blos von der Wunde, sondern auch von entlegeneren Stellen, wo diphtheritische Ulcera gesessen haben, granulirende resp. adenomatöse Wucherungen entstehen können (ganz abgesehen von dem Roger'schen Decubitalgeschwür). Indessen scheinen Fälle, wie die meinigen, die häufigeren und allerdings auch die leichteren zu sein.

Für diese scheinen nun die Dupuis'schen Kanülen (nach oben einzuführen, intratracheales aus zwei Hälften bestehendes Rohr) von vorzüglichem Werthe. Leider konnte ich sie nicht passend erhalten. Jedenfalls wird man in Fällen von Granulations-Stenose, so lange die Wunde offen ist, die Wucherungen (wenn nöthig nach Dilatation) mit dem Ohrpolypenschnürer abfangen, sondiren und die Dupuis-schen Röhren einführen, ehe man sich zur zweiten Tracheotomie entschliesst, wie sie Hueter räth.

---

*) Eine solche construirte Beschorner (Dresden). Dieselbe wäre wohl auch für die Fälle von anhaltendem Verschlucken nach Tracheotomie zu brauchen zur Verhütung von Schluckpneumonie, die allerdings selten ist. Fall 54 bei Küster: 5 Jahre im Augusta-Hospital.

B. Auerbach. Ueber die Obliteration der Arterien nach Ligatur.

Inaug.-Diss. Bonn. 1877.

Verf. schildert die Vorgänge bei Arterienobliteration nach der Unterbindung auf Grund von Versuchen an Thieren (18 Kaninchen, 3 Hunde), welche er unter Leitung von Prof. Köster anstellte, folgendermassen: Zuerst tritt eine von aussen nach innen fortschreitende exsudative Entzündung auf, deren Producte sich schliesslich am längsten in der Adventitia und in den inneren Schichten der Muscularis halten, während die mittleren Schichten der letzteren sich derselben wieder nahezu zu entledigen scheinen. Eine eigentliche oder gar selbständige acute Entzündung der Intima besteht nach A. in der ersten Zeit nicht.

An diese mehr acuten Processe schliesst sich jetzt (in der 2. Woche nach der Operation) eine granulirende Entzündung an, die sich vorzüglich in der Adventitia und in der Intima etablirt, während in der Muscularis wegen der Persistenz und Resistenz der elastischen Elemente eine stärkere Verbreitung von Granulationsgewebe nicht zu Stande kommt, wenn auch die Muskelelemente durch ein desmoides zellreiches Gewebe ersetzt werden. Die Intimawucherungen allein führen zum Verschluss des Gefässes, während von Seiten des Thrombus keine Beihülfe zur Gewebsproduction geliefert wird (vergl. auch Thiersch, Handbuch der allg. u. spec. Chirurgie von Pitha u. Billroth, Bd. I. 2. Abth. p. 550. Ref.). Eine Organisation des Thrombus findet nicht statt, gross oder klein wird er von der vorrückenden Intimawucherung verdrängt oder auch durchzogen. Das Gerinnsel kann längere Zeit wohl erhaltene Blutkörperchen aufweisen, oder schon frühe in moleculare Masse zerfallen. Eine Vermehrung der Lymphkörperchen im Thrombus war nicht nachweisbar. Sämmtliche entzündlichen Processe, sowohl die acuten, wie die chronischen, dringen fleckweise von aussen nach innen vor und sind abhängig von der Thätigkeit des nutritiven Gefässapparates.

Aehnliche Verhältnisse, wie die geschilderten, zeigen sich bei denjenigen Entzündungen der Arterien, die spontan oder in Begleitung an derer chronischer Entzündungen auftreten. Allerdings fehlt bei der Arteriitis der grösseren Arterien ein acutes Stadium, aber auch hier lässt sich die Abhängigkeit des Processes von den vasa vasorum Schritt für Schritt verfolgen, auch hier fleckweises Auftreten der Intimaverdickungen, Betheiligung der Adventitia (Köster, Trompetter, cfr. Centralblatt für Chir. p. 705) und in geringerem Maasse der Muscularis. Für das erste (exsudative) Stadium der Unterbindungs-Arteriitis bietet die Phlebitis ein Analogon, bei welcher vor der Intima-Veränderung eine Extravasation in die Köster'schen Spalten der Muscularis ebenfalls erfolgt. Im Wesentlichen zeigen sich auch bei Entzündung kleinerer Arterien (Köster und Friedländer) ferner bei den physiologischen Obliterationsvorgängen des Ductus

Botalli und der Art. umbilicales dieselben Hauptprocesse in derselben Reihenfolge, wie bei der Unterbindungsobliteration.

H. Tillmanns (Leipzig).

Lücke. Ueber Struma pulsans acuta.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. VII. p. 451.)

Bei einer Kropfendemie, welche in Strassburg ausbrach und besonders Individuen unter 17 Jahren befiel, wurde bei genauerer Untersuchung eine auffallend grosse Anzahl acut entstandener, pulsirender Kröpfe gefunden. Diese acute pulsirende Struma befällt häufiger die ganze Schilddrüse, als nur einen Lappen, ist weich, lässt sich durch Druck verkleinern, selbst ganz zum Schwinden bringen und zeigt beim Anfühlen deutliches Schwirren.

L. hält diese Form für eine besondere Entwickelungserscheinung des acuten Kropfes, welche, wenn nicht Rückbildung eintritt, in der Bildung eines gewöhnlichen, parenchymatösen Kropfes endigt.

Die Entstehung der Struma pulsans acuta stellt sich L. so vor, dass bei jugendlichen Individuen eine heftige Infection mit Kropfmiasma vorkomme, welche zu einer acuten Erweiterung der Capillaren der Schilddrüse führe, während das weiche Drüsengewebe keinen Widerstand leiste; er stellt die Kropf-Pulsation in Parallele mit dem am Gehirn und zuweilen an weichen Sarcomen und an Granulationen beobachteten Pulse.

Was die Therapie betrifft, so wurden die dringendsten Erscheinungen: Dyspnoë und Stauung in den Halsvenen meist rasch durch kalte Umschläge und Jodkali innerlich beseitigt; die Rückbildung war entweder vollständig oder es blieb eine nicht pulsirende Schwellung zurück, die auf Injectionen von Jodtinctur schwand.

Gersuny (Wien).

Knowsley Thornton. The various results of rotation of ovarian tumours.

(Medical times and gazette 1877. Juli 28.)

1. Fall: Verheirathete, 28 Jahr alte Frau, im 5. Monate ihrer zweiten Schwangerschaft, kräftig und gesund. Ovariencyste, frei beweglich in der rechten Seite des Abdomen, Uterus links und hinter derselben. Durch Punction werden am 19. October 1875 zehn Pinten hellen Serums entleert; die Cyste entzündet sich. Am 7. Tage nach der Punction beim Umdrehen auf die linke Seite plötzlich heftiger Schmerz im Abdomen, hochgradiger Collaps. Ovariotomie am nächsten Tage. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der Uterus an seiner gewöhnlichen Stelle, die Cyste war gangranös und lag nach hinten und links von dem Uterus. Stiel der Cyste dreimal um seine Achse gedreht. Beginnende diffuse Peritonitis. Tod nach 16 Stunden; kein Abortus.

2. Fall: 24jähriges, blühendes Mädchen. Vor sechs Monaten

heftige Schmerzen in der rechten regio iliaca während der Periode, die sich seitdem in mässigem Grade regelmässig mit den Menses wieder einstellten. Es fand sich ein kleiner, fester, beweglicher Tumor in der rechten Seite. Geschwulst wuchs langsam. Bald bedeutende Ansammlung von Ascites, Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Ovariotomie. Es findet sich ein dunkelbrauner, schlaffer, leberähnlicher Tumor, von bräunlichem Serum umgeben, frei in der Bauchhöhle. Die multiloculäre Cyste enthält dunkelflüssiges, theerartiges Blut, Wandung sehr morsch. Stiel kurz, fast zweimal um seine Achse gedreht. Derselbe wird aufgedreht, in zwei Hälften unterbunden, obgleich er ganz blutleer war. Auch das linke cystisch degenerirte Ovarium entfernt. Schnelle Genesung.

3. Fall: 19jähriges, schwächliches Mädchen. Abdomen sehr ausgedehnt, Cyste erschien mit der Bauchwand und dem Uterus fest verwachsen. Punction ein Jahr vorher; niemals hatten Schmerzen bestanden. Ovariotomie am 21. März 1877. Feste flächenhafte Verwachsungen mit Bauchwand, Netz, Darm, Magen, Milz, Leber. Beide Eierstöcke bildeten den Tumor, der mit Eiter und gelblichem Serum gefüllt war. Lostrennung der Geschwulst sehr schwierig, zwei dicke $2^1/_2$ Mal um ihre Achse nach derselben Seite hin gedrehte Stiele unterbunden. Pat. stirbt 72 Stunden nach der Operation komatös unter den Zeichen der Anurie.

Verf. zieht als unterstützendes Moment für die Drehung des Stiels die Punction heran, nach welcher die schlaffe Cyste durch die peristaltischen Bewegungen der Eingeweide leicht Lageveränderungen erfahren kann. Die Drehung des Stiels selbst ist nach ihm sehr gefährlich, wenn eine Punction vorangegangen, indem die hierauf folgende acute, vielleicht septische Entzündung der Cyste auf die Nachbarorgane übergreift.

H. Wildt (Berlin).

M. Reichert. Zur Radical-Operation der Varicocele.

(Arch. f. klin. Chir. 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

R. giebt eine genaue Uebersicht der gegen die Varicocele angewendeten Heilmethoden und zwar veranlasst durch eine von v. Bruns ausgeführte galvanokaustische Operation einer linksseitigen Varicocele bei einem 28jährigen Manne. Nach Isolirung des Vas deferens wurde das Venenpacket 2 Ctm. unterhalb des Leistenringes und dicht oberhalb der Epididymis mit der Schneideschlinge ohne Blutung durchschnitten. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. — Verf. empfiehlt ebenso wie v. Bruns und v. Pitha die Methode.

Maas (Freiburg i/B.).

R. A. Kinloch. Ein neues Urethrotom.

(Americ. Journal of the med. scienc. 1877. July.)

K.'s Instrument ist Bougie und Urethrotom zugleich. Ein gerader, innen hohler Metallstab trägt an seiner Spitze eine Olive, welche aufgeschraubt wird. Je nach der Enge der Strictur wird eine

kleinere oder grössere genommen. Für ganz enge Stricturen dient ein durchbohrter Conus mit Leitsonde. Dicht hinter der Olive liegt ein Stab verborgen, das kleine convexe Messerchen, welches durch die Bewegung einer in der Sonde verlaufenden Stahlstange aufgerichtet werden kann. Der Mechanismus ist der gleiche, wie in der Curette articulée von Leroy. Ein am Griff angebrachter Indicator giebt Rechenschaft von der Stellung des Messers. Das Urethrotom schneidet von hinten nach vorn.

Das ganze Instrument kann sowohl als stumpfer wie als scharfer Dilatator, als Bougie, wie als Messer gebraucht werden. Auch empfiehlt es Verf. zum Einschneiden des inneren Muttermundes. Es ist verfertigt bei Tiemann & Comp. in New-York.

Lossen (Heidelberg).

J. N. Hyde. Verwendung des Sayre'schen »Plaster Jacket« zur Befestigung von Hüftgelenkextensionsschienen.

(The Americ. Journal of the med. science 1877. July.)

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, die Hüftgelenksextensionsapparate, welche seither zur Contraextension stets eines Perineal-Gurtes bedurften, ohne denselben am Becken zu befestigen. Die unangenehmen Reibungen des Gurtes werden hierdurch vermieden, die Schiene dem Patienten erträglicher. Verf. bedient sich hierzu des Sayre'schen sogen. Plaster-Jackets, welches dieser Autor bei der Behandlung der Spondylitis anwendet. Dies besteht in Kürze aus einer eng anschliessenden Jacke, die in der Magengegend und an den Knochenvorsprüngen des Beckens gut wattirt ist. Ueber dieselbe werden 3—4 Zoll breite steife Bandstreifen gelegt, welche vorher durch eine Pflastermasse gezogen waren und bei dem Erhärten einen steifen eng anliegenden Panzer darstellen. An diesen Panzer nun befestigt Verf. die Sayre'sche Hüftgelenksschiene, in folgender Weise: Das obere Ende der Schiene articulirt mittelst Nussgelenk in einer gut gepolsterten Metallpelotte von rhomboider Gestalt. Sie stützt sich gegen den grossen Trochanter. Von ihren beiden oberen Ecken gehen 2 Stahlfedern divergirend nach oben, eine hintere längere, eine vordere kürzere. Beide tragen 3 horizontal im Bogen verlaufende durchlöcherte Zinnstreifen von der Länge und Gestalt einer Bruchbandfeder. Das ganze Gitterwerk der Stahl- und Zinn-Bänder wird dem oben beschriebenen Panzer eng angelegt und mit Bindentouren befestigt. 2 Abbildungen erläutern die Beschreibung.

Lossen (Heidelberg).

E. Albert. Beiträge zur operativen Chirurgie (Fortsetzung).

(Wiener med. Presse 1877. No. 31 u. ff.)

Der Verf. hat in zwei Fällen die Gritti'sche Operation gemacht und ist mit dem Erfolge, den er durch die Präparate beider Amputationsstümpfe constatiren konnte, sehr zufrieden. Er sägt das Femur etwas oberhalb der Condylen hart an der Grenze der Mark-

höhle durch und fixirt die Patella durch Knochennähte aus Silberdrath welche zugleich die Weichtheile mit fassen. In beiden Fällen wurde die Wunde, streng nach Lister behandelt, vollkommen vernäht (ohne ein Drainrohr einzulegen), und stets vollständige Heilung per primam erreicht, bei dem 1. Kranken etwas complicirt durch eine primäre Nachblutung, welche die ganze Wundhöhle mit Gerinnseln erfüllte, ohne dass deswegen die Nähte entfernt worden wären. Veranlassung zur Operation bot in einem Falle ein Carcinom der Tibia, welches sich aus einer nicht geheilten complicirten Unterschenkelfractur mit Nekrose im Laufe zweier Jahre entwickelt hatte; in dem zweiten Falle ein Sarcom, ausgegangen vom Lig. interosseum. Beide Kranken starben an Recidiv und Metastasen, nachdem sie auf ihren Stümpfen vollkommen gut hatten gehen können. Es war eine feste knöcherne Verwachsung der Patella mit dem Femur erfolgt.

Eine Kniegelenksresection führte Verf. bei einem 17jährigen Manne wegen einer winkeligen Ankylose mit Subluxation der Tibia nach rückwärts und bei noch bestehender Eiterung aus einem Fistelgang der Kniekehle aus. Er sägte die Condylen fast vollständig ab, legte einige Silberdrahtsuturen durch die Knochen und Weichtheile an, verschloss die ganze Wunde durch Naht und lagerte die Extremität in einen Petit'schen Stiefel. Trotz einer circumscripten Hautgangrän und der eiternden Fistel erfolgte die Heilung fast durchaus per primam. Am 51. Tage wurde der Mann mit geringer Beweglichkeit (bis 10° Beugung) und einem Stützapparat geheilt entlassen.

6 Keilexcisionen aus der Tibia, davon 3 an einem Individuum, wurden bei Kindern mit hochgradigen rhachitischen Verkrümmungen der Unterschenkel unter Lister'scher Methode ausgeführt, die Wunden vollkommen vernäht und eine einfache Schiene an der Aussenseite angelegt. Heilung per primam in allen Fällen und gutes Resultat. Zur Excision dienten Säge und Meissel.

Winiwarter (Wien).

Barth. Ein Beitrag zur Behandlung der perforirenden Wunden des Kniegelenkes.

Inaug.-Diss. Basel. 1877.

Verf. veröffentlicht 10 Fälle von perforirenden Kniegelenks-Wunden, die er als Assistent auf der Klinik von Prof. Socin in Basel zu beobachten Gelegenheit hatte.

Von diesen waren 6 frische Verletzungen, 4 kamen in verschiedenen Stadien der Gelenkentzündung in Behandlung. Der Art nach waren es 2 Schnittwunden, 3 Stichwunden und 5 Quetschwunden. Sechsmal waren nur die Weichtheile verletzt, dreimal bestand Complication mit Splitterbruch der Patella, einmal mit Luxation der Tibia nach hinten und der Patella nach der Seite.

In 9 Fällen trat Heilung ein mit Erhaltung vollständiger (dreimal) oder partieller Beweglichkeit. Ein Fall, complicirt mit offener

Fractur des Stirnbeins und subcutaner Fractur beider Radii, ferner mit Melancholie und Nahrungsverweigerung, endete tödtlich.

Die 10 Fälle sind tabellarisch geordnet und folgt von jedem die genaue Krankheitsgeschichte.

Den Schluss der Arbeit bildet die Behandlungsmethode Socin's bei perforirenden Kniegelenkswunden. Aus diesem Kapitel heben wir Folgendes hervor:

1) Nicht complicirte frische Wunden — Antiseptischer Verband (nach Lister oder Thiersch), Extensionsverband nach Volkmann mit schleifendem Fussbrett; bei Zeichen von Gelenkentzündung: Drainage des Gelenkes, Vermehrung der Extensionsgewichte.

2) Complicirte frische Wunden — Aetzung mit 8 % Chlorzinklösung, prophylactische Drainage, antiseptischer und Extensions-Verband; bei Fieber Vermehrung der Extensionsgewichte um 6—8 Kilo (besseres Abfliessen der Secrete durch Diastase der Gelenkenden).

3) Vernachlässigte Wunden — Erweiterung und Auskratzung der Fisteln, Gegenöffnungen, Drainage, Verband wie oben, Extension mit 8—10 Kilo. Nachbehandlung: passive Bewegungen, Massage, warme Bäder und Douchen.

6 Figuren erklären Drainage und Verband, darunter Ersatz des schleifenden Fussbrettes von Volkmann durch einen Gypsverband mit eingegypstem Querholz. **Th. Kölliker** (Würzburg).

H. Albrecht. Zur Anatomie des Kniegelenkes.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. VII. p. 433.)

Verf. untersuchte die Contactlinien der Condylen des Femur mit der Gelenkfläche der Tibia resp. mit einer Ebene.

Er fand, dass jede solche Contactlinie sich exact auf 2 Kreise von verschiedenem Halbmesser zurückführen lässt, deren Grenzradien zuweilen zusammenfallen, häufiger aber einen Winkel, den »Abknickungswinkel« einschliessen. In dem grösseren Theile der untersuchten Fälle war der Radius des vorderen Kreissegmentes am Condylus internus grösser, als am Cond. externus, in der Minderzahl verhielt es sich umgekehrt. Die Radien der hinteren Kreissegmente waren am Cond. internus und externus annähernd gleich. Die Grösse des vorderen Kreissegmentes schwankt zwischen 42 und 92, die des hinteren zwischen 80 und 124 Graden. Dass der hintere, stärker eingerollte Theil der Condylen als durch Muskeldruck veränderte »Randzone« im Sinne Aeby's aufzufassen sei, ergaben die Messungen an fötalen Gelenken, in welchen (wegen ihrer constanten Beugestellung, wie a priori erwartet wurde) die Radien vorn und hinten gleich oder fast gleich waren.

Die Untersuchungen über den Ansatz der Bänder des Kniegelenkes ergaben Verf., dass die Seitenbänder sich am Oberschenkel etwas unterhalb des Drehpunktes des vorderen Kreissegmentes ihres

Condylus anheften, während der obere Ansatz der Kreuzbänder minder constant ist; im Allgemeinen setzt sich das vordere Kreuzband etwas nach hinten und oben, das hintere etwas nach vorn und unte von dem Drehpunkte des hinteren Gelenkabschnittes an.

Gersuny (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Fünfter Congress. 1876. Erste Sitzung. Discussion im Anschluss an den Vortrag des Herrn Esmarch. Die antiseptische Wundbehandlung in der Kriegschirurgie.

(Arch. für klin. Chir. Bd. XX.)

V. Langenbeck: Die Einführung der antiseptischen Wundbehandlung in die Kriegschirurgie ist wohl allgemein als nöthig anerkannt. Zu bestimmen bleibt noch, welche Wunden antiseptisch zu behandeln sind, und welcher Modus hierbei einzuschlagen ist. Wann soll die Antisepsis beginnen?

Busch (Bonn)berichet, wie er ganz allmälig von der offenen Wundbehandlung zur Antisepsis übergegangen; strict befolgt er das letztere Verfahren seit $1^1/_2$ Jahren. Durch einfache Vergleichung der Mortalitätsziffern lässt sich in Bonn bisher ein Vorzug der antiseptischen Methode nicht nachweisen, wohl aber durch Vergleichung des Wundheilungsmodus bei beiden Behandlungsweisen.

Die ganze bisherige Statistik der Kriegschirurgie wird nach allgemeiner Durchführung der antiseptischen Methode »Heu aus einem Herbarium« sein. Dazu ist aber nöthig, dass alle ins Feld rückenden Aerzte mit der Methode genau vertraut sind, und es muss durch administrative Massnahmen die Möglichkeit geschaffen werden, dass Verwundete vom ersten Moment an, bis sie ausser Lebensgefahr sind, von demselben Arzt behandelt werden können. Auf dem Verbandplatz schon muss die Antisepsis beginnen. Uebrigens braucht der Lister'sche Verband verhältnissmässig weniger Zeit, als irgend ein anderer.

Hüter macht auf zwei hinzuzufügende »Arten des antiseptischen Verfahrens« aufmerksam: die ausgiebige Drainage und die antiseptische Irrigation. Der Werth beider wäre ebenfalls zu prüfen.

Trendelenburg hat sich bemüht eine Vereinfachung des Lister'schen Verfahrens zu ersinnen, ist jedoch noch nicht zu einem entscheidenden Resultate gekommen. Der Versuch, antiseptische Occlusion durch eine Gummimanchette zu erzielen, die auf den (Amputations-) Stumpf gestreift wird, und aus welcher die Secrete durch ein Gummirohr in eine Flasche mit Carbolsäure geleitet werden, misslang, weil stets Schnüroedem des Stumpfes eintrat. Eine Gummikappe luftdicht auf den Hautlappen zu kleben gelang auch nicht, weil ein dauerhafter Klebestoff fehlt; doch wird auf diesem Wege wohl noch ein befriedigendes Resultat zu erreichen sein.

Burchardt hat ein sicheres Haften des Gummistoffes auf der Haut (bis zu 14 Tagen) durch wiederholtes Bestreichen der Ränder mit Schellackmasse erreicht.

Heinecke hält es für bedenklich, bei der Behandlung complicirter (Schuss-) Fracturen zu Gunsten der Antisepsis im Geringsten auf strenge Immobilisation zu verzichten. Es müssen Mittel und Wege gefunden werden, beide mit einander zu vereinigen, sei es durch durchbrochene Schienen, durch stückweises Entfernen und Erneuern der Verbände, oder anders.

Volkmann führt dem entgegen aus, dass das Eigenthümliche des antiseptischen Verbandes gerade darin liege, dass eine so strenge Immobilisirung fracturirter Glieder, oder resecirter Gelenke nicht in dem Grade nothwendig sei, wie früher. Sowohl complicirte Fracturen (der unteren Extremität), als (Knie-) Gelenkresectionen

werden von ihm im antiseptischen Verbande auf eine einfache Blechrinne befestigt. Es wurden in dieser Weise 49 complicirte Fracturen, 12 Kniegelenkresectionen, 33 Osteotomien hintereinander ohne Todesfall behandelt. Nie ist in Folge der beim Verbandwechsel nöthigen Bewegungen irgend welche Wundreaction eingetreten. Betreffs der Bemerkung (Busch), der Lister'sche Verband erfordere nicht viel Zeit, ist zu entgegnen, dass der erste Verband bei complicirten Fracturen meist deshalb sehr viel Zeit erfordert, weil fast stets ein ausgiebiges Débridement nöthig ist. Es kamen in letzter Zeit in der Halle'schen Klinik 6 Schussverletzungen zur Behandlung. Ein Fall (Zertrümmerung des Beckens und Eröffnung des Hüftgelenks, wobei schon Verjauchung eingetreten war) endete tödtlich; alle anderen verliefen aseptisch in der günstigsten Weise.

Busch bestätigt, dass es oft nicht möglich ist, bei antiseptischer Behandlung noch einen Gypsverband anzulegen, dass dieses aber auch nicht nöthig sei. Wie schon Volkmann hervorgehoben, genüge der Halt, den ein correct angelegter Lister'scher Verband einer complicirten Fractur gewähre. Seine Bemerkung betreffs der Schnelligkeit, mit der sich ein antiseptischer Verband anlegen lasse, habe sich nur auf Primäramputationen auf dem Verbandplatz bezogen.

Heinecke erwidert, dass nicht jedem Chirurgen gelingen werde, was Volkmann gelingt. Für die vielen Fälle, in denen die Antisepsis im Felde trotz anscheinend correcten Verfahrens fehlschlagen werde, scheine strenge Immobilisation nöthig.

König bestätigt die Angaben Volkmann's in Bezug auf frische complicirte Fracturen. War die Verletzung bereits einen halben Tag alt, so gelang es ihm nicht mehr, einen aseptischen Verlauf zu erzielen. Volkmann's Methode sei vielleicht eine etwas andere, als seine.

Volkmann betont wieder das energische Débridement, multiple Incisionen, Drainage. Chlorzink wende er zur Desinfection nicht mehr an, da es Gangrän veranlassen könne, wohl aber 5% Carbolsäure.

Hüter entscheidet sich, wenn die Wahl freigelassen, für Antisepsis auch ohne Immobilisation. Bewegungen einer aseptischen Wunde sind zwar nicht angenehm, wirken aber nicht entzündungserregend. Durch Anwendung grossgefensterter Gypsverbände und Materialverschwendung in Bezug auf den Verbandstoff, gelinge es oft Antisepsis und Immobilisation zu vereinigen.

Heinecke erklärt sich nochmals für Vereinigung beider und will die Immobilisation auf keinen Fall aufgeben.

Riedinger empfiehlt in diesem Sinne v. Linhart's zerlegbare Blechschienen.

A. Genzmer (Halle a/S.).

Dieulafoy. Les localisations cérébrales. A propos d'un cas d'embolie cérébrale suivie d'aphasie, d'hémiplégie droite, de contracture et de tremblement.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 10.)

Der 36j. Pat. D.'s ward vor 18 Monaten plötzlich, ohne vorangehende sonstige Symptome, von Aphasie und rechtsseitiger Hemiplegie befallen. Die Sprache sowohl, als auch das Vermögen zu schreiben und sich durch Zeichen verständlich zu machen waren, obwohl der Willensimpuls dazu vorhanden war, völlig verloren gegangen. Dieser Zustand dauerte 6 Monate an; von da an begann die Sprache etc. sich wieder einzustellen. Der Pat., dessen Intelligenz völlig intact geblieben war, kann sich gegenwärtig leidlich verständlich machen.

Aphasie und Hemiplegie waren gleichzeitig eingetreten. Die Paralyse betraf die ganze rechte Körperseite; die Sensibilität war aber dabei nicht beeinträchtigt. 6 Wochen nach dem Anfalle, als sich wieder etwas Bewegungsfähigkeit an der gelähmten Seite zu zeigen begann, stellte sich eine Contractur am gelähmten Arme ein, so dass jetzt Finger, Faust und Vorderarm in Flexionsstellung sind; seit der letzten Zeit ist auch Zittern an dieser Extremität aufgetreten, und zwar nicht in der Ruhe, wohl aber sehr lebhaft bei dem Versuche einer activen Bewegung des Armes. Atrophie des Armes ist bisher nicht nachweisbar.

D. nimmt bei der vorhandenen chronischen Endocarditis eine Embolie als Ur-

sache der Krankheit an, und kommt hinsichtlich ihres Sitzes zu dem Schlusse, dass dieselbe die linke Art. foss. sylv., und zwar hinter dem Abgange der Rami perforantes, betroffen habe; letzteres, weil das Sympton der Hemi-Anästhesie fehle, welche andernfalls stets vorhanden sei.

D. bespricht noch die allmälig im obigen Falle sich verbreitende Contractur der Beugemuskeln, und resümirt schliesslich seine Anschauungen, indem er die Lähmungserscheinungen als Folge der Erweichung der aufsteigenden Stirnwindungen und der parietalen des Gehirnes darstellt, verursacht durch die Embolie der A. foss. sylv.

Die Aphasie und Hemiplegie seien weitere Folgen der Embolie. Die langsam auftretende Contractur und das Zittern seien die Folgen der absteigenden Sclerose der lateralen Mark-Columne. **Fr. Steiner** (Wien).

Sonnenburg. Beitrag zur acuten Zellgewebsentzündung der Augenhöhle.

(Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. VII. p. 468.)

Verf. theilt zwei Fälle von acuter Phlegmone der Orbita mit, in welchen tiefe Incisionen und Cataplasmen Heilung brachten. In beiden Fällen ging das Sehvermögen, nachträglich auch der Bulbus, verloren. Die allgemeinen Symptome der Affection sind ziemlich charakteristisch: intensiver, dumpfer Schmerz in der Orbita meist unter heftigem Fieber, zuweilen mit Initialschüttelfrost; Exophthalmus, starke Schwellung der Conjunctiva und der Lider.

Periostitis der Orbita hat meist eine nachweisbare Ursache und führt erst secundär zu Schwellung des Zellgewebes. In den beiden Fällen des Verf. war eine Ursache nicht nachweisbar. Verf. ist geneigt, als Ursache der Krankheit eine Infection anzunehmen, und stellt die Erkrankung auf eine Linie mit den Phlegmonen am Halse (Angina Ludwigii), bei denen der primäre Herd ja auch oft schwer nachweisbar ist. Bei den Phlegmonen der Orbita dürften Entzündungen im Gesichte, in der Nasenhöhle und in der Rachenhöhle meist die Veranlassung geben. Was die Therapie betrifft, so erwartet Verf. nur von den in seinen Fällen angewandten, tiefen Incisionen und von der feuchten Wärme einen Erfolg.

Gersuny (Wien).

S. de Vulpian. Symptômes simulant ceux d'une cirrhose hépatique, produite par une dilatation hypertrophique énorme, de la moitié inférieure du gros intestin — Homme opéré au moment de la naissance pour une imperforation de l'anus.

(Gaz. des hopitaux 1877. No. 75.)

Ein etwa 40 jähriger Mann wird wegen einer enormen Ausdehnung des Bauches aufgenommen. Die Percussion weist in den abhängigen Theilen des Abdomen eine nach der Lage wechselnde Dämpfung, in den Hypochondrien sonoren tympanitischen Schall nach; ausserdem bedeutende Ectasie der Venen an der Brust und am Bauche, die lebhaft pulsiren; etwas Oedem der unteren Extremitäten, deutliche Fluctuation in der Bauchhöhle. Die Anamnese ergab, dass der Kranke bald nach seiner Geburt wegen einer Atresia ani operirt worden war und bis zu seinem 8. Lebensjahre eine Kanüle getragen habe, um die neugebildete Oeffnung durchgängig zu erhalten. Zeitlebens hatte er mit Stuhlbeschwerden zu kämpfen, die in letzter Zeit bedeutend zunahmen. Anfallsweise traten furchtbare Koliken auf, der Kranke versuchte unter äussersten Anstrengungen eine Entleerung herbeizuführen, brachte aber nur kleine Mengen halbflüssiger Faecalmassen und Darmgase hervor, worauf eine grosse Erleichterung folgte. Trotz dieser von dem Manne genau geschilderten Symptome fiel es niemandem ein, das Rectum zu untersuchen, sondern V. erklärte den Fall für eine cirrhöse Leberatrophie und beschloss, das Abdomen zu punktiren. Vorher erhielt Pat. ein abführendes Klystier; er begab sich auf den Abort und dort fand man ihn nach einiger Zeit, auf dem Boden

liegend, mit beiden Händen den Bauch comprimirend, blauroth im Gesichte und dem Ersticken nahe, in moribundem Zustande. Man dachte an eine »Abdominalpunction in extremis« (!), aber der Tod trat in wenigen Minuten ein.

Die Section ergab eine kolossale sackförmige Erweiterung des Rectum und der Flexura sigmoidea, welche von Darmgasen und Faecalmassen zum Platzen ausgedehnt war, und im zusammengefallenen Zustande noch 90 Ctm. Länge und 70 Ctm. grösste Circumferenz besass. Der After war kaum für die Spitze des kleinen Fingers durchgängig, von resistentem Narbengewebe gebildet; unmittelbar über demselben begann die Erweiterung. Die Wandungen des Sackes waren bis auf $1/2$ Ctm. Durchmesser verdickt, hypertrophisch. Alle übrigen Organe normal, namentlich keine Lebercirrhose. — (Der Krankengeschichte folgt eine lange Epikrise, welche namentlich die ausserordentliche Seltenheit des Falles betont und der künftigen Beachtung der Praktiker empfiehlt, aber nirgends ist gesagt, dass die Nachlässigkeit der Untersuchung Schuld an dem plötzlichen Tode des Mannes war, der vielleicht durch eine einfache Incision des Narbenringes hätte gerettet werden können. Ref.)

Winiwarter (Wien).

Babesin. Ein Fall von Darmeinklemmung bedingt durch die wandernde Milz.

(Wien. Allg. med. Zeitung 1877. No. 37.)

Eine 30jährige Bettlerin, welche angeblich seit 4 Tagen an Kotherbrechen litt, starb kurz nach ihrer Aufnahme in das Krankenhaus unter den Symptomen einer inneren Incarceration. Die Section ergab: Die Milz, 10,6 Ctm. lang, 7 Ctm. breit 3,5 dick, liegt in der Inguinalgegend, parallel dem Poupart'schen Bande, nach rechts bis zur Mittellinie reichend, ihren Hilus nach aufwärts gewendet, durch schiefergraues Bindegewebe mit der Leistengegend, dem Rectum, der Wirbelsäule, mit dem Ileum, grossen Netz und der seitlichen Beckengegend, endlich mit den inneren Genitalien verwachsen. Die untere Fläche liegt frei und bildet mit dem Douglas'schen Raume eine mit Jauche gefüllte Höhle. Das Lig. gastro-lienale ist um seine Axe gedreht, die Milzarterie embolisirt, die Venen an der Knickungsstelle obliterirt, die Milzpulpe in eine röthliche Jauche verwandelt. Zwischen dem straff gespannten Lig. gastro-lienale und der Wirbelsäule besteht ein 7 Ctm. langer Spalt, durch welchen eine 30 Ctm. lange Dünndarmschlinge durchgetreten und in demselben incarcerirt worden ist. Es handelte sich also in dem Falle um eine Wandermilz, in welcher zunächst durch Axendrehung der Gefässe ein ausgedehnter Zerfall des Parenchyms veranlasst worden war, während die Einklemmung offenbar erst später zu Stande kam.

Winiwarter (Wien).

Kayssler. Fall von Paratyphlitis und Beckenabscess durch ein Schrotkorn verursacht; Perforation der Bauchwandungen und Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 22.)

Obiger Fall wurde von K. bei einem in den 30er Jahren stehenden Executor beobachtet. Pat. weiss nicht anzugeben, wie das Schrotkorn in seinen Körper gelangt ist, er behauptet bestimmt, niemals Wild genossen zu haben, dagegen hatte er früher häufig Flaschenbier getrunken und ist es wohl denkbar, dass von den bei der Flaschenreinigung benutzten Schrotkörnern ein solches in der Flasche zurückgeblieben und bei hastigem Trinken mit verschluckt worden ist. Das durch Perforation des paratyphlitischen Abscesses entleerte Schrotkorn hatte die Grösse No. 3 und war an seinem oberen Theile mit Incrustationen von phosphorsaurem Kalk versehen.

H. Tillmanns (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 46. Sonnabend, den 17. November. 1877.

Pasteur et **Joubert.** Charbon et septicémie.

(Bulletin de l'Académie de médecine 1877. No. 29 u. 32.)

Colin. Étiologie des maladies charbonneuses.

(Ibidem No. 31.)

Die Discussion in der Pariser Academie beschäftigt sich mit den besprochenen Untersuchungen von Koch über die Milzbrandbacterien (vgl. Centralbl. f. Chir. 1877. No. 35).

P. und J. haben Koch's Versuche wiederholt und im Allgemeinen bestätigt gefunden. Sie züchteten den Bacillus Anthracis nicht, wie Koch in Blutserum oder Humor aqueus, sondern in neutralem oder schwach alkalischem Urin und selbst in gewöhnlichen Nährsalzlösungen; auch hier sahen sie die Bildung der als »Sporen« gedeuteten hellglänzenden persistenten Körperchen (corpuscules brillants, corpuscules germes) in der beschriebenen Weise zu Stande kommen. — Solche Culturen erwiesen sich bei der Impfung vollkommen wirksam und erzeugten Milzbrand mit derselben Sicherheit, wie krankes Blut. Wurde dagegen Culturflüssigkeit oder Blut durch Thonzellen mittelst Luftdruck filtrirt, so zeigte das klare

Filtrat keine giftigen Eigenschaften mehr. Impfungen mit Mengen bis zu 80 Tropfen Filtrat blieben ohne Erfolg. (Ein ähnlicher Versuch ist bereits im Jahre 1872 von Tiegel im Berner pathologischen Institut ausgeführt worden. Ref.) Es sind also ohne Zweifel die Bacillen selbst oder ein denselben anhaftender und durch ihre Vermehrung immer wieder reproducirter giftiger Stoff die Ursache der Milzbrandkrankheit. —

Gegen diese Auffassung hatte P. Bert einen experimentellen Einwand erhoben. Er suchte im Milzbrandblut die lebenden Bacillen zu tödten, ohne die Flüssigkeit chemisch zu alteriren, und zwar durch ein Verfahren, welches er schon bei früheren Studien über die Fermentwirkungen angewendet hatte, nämlich durch die Einwirkung eines sehr hohen Luftdrucks, bei welchem ein organisches Leben nicht mehr möglich ist. Er setzte daher Milzbrandblut bei Anwesenheit reinen Sauerstoffgases 8 Tage lang einem Drucke von zehn Atmosphären aus; alsdann impfte er und erhielt durchweg positive Resultate. Das Blut hatte also seine Virulenz bewahrt; es kann daher, so schloss er, die giftige Wirkung des Milzbrandblutes nicht auf einem vitalen Agens beruhen. — Es ist aber gar nicht erwiesen, wie Colin später ausführt, dass alle lebenden Geschöpfe unter den genannten Bedingungen ihre Vitalität einbüssen; es können sehr wohl die Bacillen selbst unter obigen Verhältnissen zu Grunde gegangen sein, aber die »Dauersporen« ihre volle Keimfähigkeit bewahrt haben. —

Mannigfach sind ferner die Einwände, welche Colin gegen die Theorie selbst geltend macht.

Zunächst wendet er sich gegen die Impfversuche von Koch und Pasteur mit frischen Bacillus-Culturen in Kammerwasser, Serum und Urin. C. hat selbst mit einer solchen ihm von P. überlassenen Züchtung Versuche angestellt und die Richtigkeit der Angaben bestätigen können; von 5 damit geimpften Thieren gingen 3 (2 Kaninchen, 1 Widder) an echtem Milzbrand zu Grunde; 2 Ratten blieben gesund. Allein diese Versuche scheinen ihm doch nicht beweisend. Zu allen diesen Culturen wurde Milzbrandblut oder Milzstückchen verwendet, welche mit verhältnissmässig kleinen Quantitäten der betreffenden Flüssigkeit vermischt wurden. Diese Mischung hatte also für die giftige Substanz zunächst immer nur die Wirkung der Verdünnung, und die Impfung mit solchen Flüssigkeiten bedeutet nach C. nichts anderes, als »une inoculation ordinaire avec un liquide virulent dilué.« Man weiss aber, bis zu welchem Grade der Verdünnung Milzbrandblut sich noch wirksam erweist (1 : 100000! Davaine). Es liegt also auch bei der Annahme eines chemischen Agens gar kein Grund vor, warum diese Impfungen nicht hätten wirksam sein sollen.

Diesen Einwand entkräftet P. Er theilt mit, dass er sich nicht mit einfachen Züchtungen begnügt, sondern von diesen Culturen immer wieder frische Züchtungen abgezweigt hat, 4—5 Mal hinter

einander, bis zur vollständigen Reincultur der Pflanzen, und selbst diese Generationen der 4. oder 5. Reihe gaben ihm immer noch Milzbrand. Dabei könne füglich die Mitübertragung von giftiger Blutflüssigkeit mit einiger Sicherheit ausgeschlossen werden. (Das wäre allerdings ein ziemlich scharfer Beweis für den Parasitismus des Milzbrandes. Allein Ref. möchte daran erinnern, dass frühere Forscher bezüglich der Züchtung in P.'scher Flüssigkeit nicht so glücklich waren.)

Der 2. Einwand C.'s richtet sich gegen die botanische Seite der Frage. C. hat nämlich die Culturen Koch's auf hohlgeschliffenen Objectträgern wiederholt und gefunden, dass nur an der Oberfläche sich jene Rasen von glatten, später gekörnten, unverzweigten Fäden bilden, während im Innern der Flüssigkeit die Bacteriden noch Tage lang ihre ursprünglichen Dimensionen bewahrten (la proportion primitive de bactéridies). Er vermuthet daher, dass diese neuentstandenen fadigen Gebilde andere seien, als ausgewachsene Bacteriden. Ausserdem hat er, wie Koch, mit diesen Culturen zu verschiedenen Zeiten geimpft und abweichende Resultate erhalten. Bei der Impfung am 1., 2. und 3. Tage erhielt er constant bei Thieren echten Milzbrand, gleichviel welches der Zustand der Fäden an der Oberfläche war. Dagegen vom 3.—4. Tage an erlosch die Fähigkeit des Blutes, Milzbrand zu erzeugen (cesse de donner le charbon), obwohl jetzt »Sporen« in reichlicher Menge vorhanden waren; es trat septische Alteration der Flüssigkeit ein, und die Impfung um diese Zeit ergab stets Septikämie. Noch einige Tage später zeigte sich deutliche Putrescenz, und die Flüssigkeit wirkte wie andere faule Substanzen, d. h. erst in grösseren Dosen und einfach toxisch. Man muss also an solchem Blut, welches an der Luft günstigen Culturbedingungen ausgesetzt ist, — entgegen der Angabe von Koch (No. 35 dieses Centralbl.) — 4 Stadien der Wirksamkeit unterscheiden: 1) la virulence charbonneuse, 2) l'état indifferent, 3) la virulence septicémique, und 4) l'activité purement toxique.

Der Annahme eines chemisch wirkenden Ferments stehen auch die Filtrirversuche P.'s nicht entgegen, da bei der Filtration durch feinporige Körper die gelösten Bestandtheile, wie Graham gezeigt hat, auch chemisch alterirt werden. Den hierdurch bedingten Fehler suchte C. zu vermeiden durch eine andere Methode der Abscheidung der flüssigen Bestandtheile von den festen. Er liess Milzbrandblut in schmalen Gefässen langsam gerinnen; dabei wurden die körperlichen Elemente ziemlich vollständig vom Gerinnsel eingeschlossen, während das Serum klar und bacteridenfrei (?) an der Oberfläche sich abschied. Mit diesem Serum konnte C. noch echten Milzbrand erzeugen; ein damit inficirtes Kaninchen (in welcher Dosis, ist nicht angegeben) starb z. B. schon nach 52 Stunden; in der Leiche wurden zahlreiche Bacteriden gefunden (nach C. die Folge, nicht die Ursache der Milzbranderkrankung). —

Beachtenswerther ist folgender Fall: C. untersuchte den Foetus einer an Milzbrand gefallenen Kuh und fand im Herzen, in den grossen Gefässen, in der Pfortader und dem Venensystem in reichlicher Menge Bacteriden, von derselben Beschaffenheit, wie im mütterlichen Blut. Mit dem Herzblut dieses Foetus impfte C. ein Kaninchen; das Thier blieb völlig gesund. —

Für seine Auffassung von der chemischen Natur des Milzbrandgiftes führt C. endlich noch Folgendes an. Wenn man ein Thier mit der Lancette am Ohre impft, so braucht der übergeimpfte Bacillus nothwendig eine gewisse Zeit, um von der Impfstelle aus durch fortschreitende Vermehrung den ganzen Körper zu inficiren. C. hat nun gefunden, dass, wenn man schon nach 5 Minuten die Impfstelle oder das ganze Ohr excidirt, dennoch Milzbrand eintritt und der Tod des Thieres in der gewöhnlichen Frist erfolgt. Diese Schnelligkeit in der Allgemeininfection könne nur durch ein lösliches, resorbirbares Gift erklärt werden.

Impfungen mit Blut, welches dem Körper desselben Thieres von Stunde zu Stunde entzogen wurde, auf eine Reihe kleinerer Thiere ergaben innerhalb 5—10—15 Stunden noch keine positiven Resultate; dagegen von der 18.—20. Stunde an erzeugten sie regelmässig Milzbrand, trotzdem um diese Zeit oft noch keine Spur von Bacteriden im Blute nachweisbar war.

A. Hiller (Berlin).

J. Steiner. Grundriss der Physiologie des Menschen für Studirende und Aerzte.

Leipzig. 8. 440 S. mit 39 Holzschnitten.

Die Anordnung des Stoffes ist die allgemein übliche. In einzelnen, kleineren Abweichungen hiervon, so z. B. in der gesonderten Darstellung der Secretion der Verdauungssäfte und der Chemie der Verdauung, eine Trennung, die sich nicht streng durchführen lässt, mag man vielleicht dem Autor nicht beistimmen, indess ist zuzugeben, dass, wenn auch die Einheitlichkeit der Darstellung darunter leiden mag, doch die Fasslichkeit der Verdauungs- und Resorptionsprocesse dadurch eher gewinnt. Als besonderer Vorzug des Buches, namentlich für den Arzt, ist die relative Ausführlichkeit zu erachten, die den vegetativen Functionen und von den animalen der speciellen Nervenphysiologie und der Lehre von den Bewegungen zu Theil wird gegenüber den übrigen mehr den Fachgelehrten oder Specialisten interessirenden Capiteln. Gewissermassen eine Neuerung für einen Grundriss, aber wie uns scheint, eine glückliche, bildet die Einreihung eines Capitels über Nahrungsmittel; wohl manchem Arzte dürfte eine gedrängte Charakteristik und Beurtheilung der Nahrungsmittel vom rein physiologischen Standpunkte aus wünschenswerth, und in der Form, wie sie hier gegeben ist, recht brauchbar sein. Die Darstellung ist meist einfach und elementar; durch kleineren Druck ist auch

äusserlich das minder Bedeutsame, das Hypothetische resp. rein Theoretische von den wichtigeren Thatsachen unterschieden. Alles in Allem genommen dürfte sich das nicht zu umfangreiche Buch, das nebenbei auch angemessen ausgestattet ist, als Leitfaden für das Studium der Physiologie neben der Vorlesung und für den Arzt als Hülfsmittel zum Nachschlagen und zur schnellen Orientirung, die überdies durch ein reichhaltiges Register erleichtert wird, wohl geeignet erweisen.

J. Munk (Berlin).

G. Schwalbe. Ueber das postembryonale Knochenwachsthum.
(Sitzungsberichte der Jenaischen Gesellschaft für Medicin und Naturwissenschaft. Jen. Zeitschr. für Naturwissenschaft Bd. XI.)

In einer früheren Arbeit über die Ernährungscanäle der Knochen und das Knochenwachsthum (Zeitschr. für Anatomie und Entwicklungsgeschichte Bd. I. p. 320 ff.) hatte S. darauf aufmerksam gemacht, dass nach der Geburt beim Menschen eine rasche Abnahme des Dickenwachsthums im Verhältniss zum Längenwachsthum nachzuweisen sei und er hatte durch Constructionen gezeigt, wie dies eine rasche Zunahme der schiefen Richtung der Ernährungscanäle bedingen müsse. Weiter fortgesetzte Untersuchungen und genaue Messungen haben nun nicht nur diese Angaben vollkommen sicher gestellt, sondern auch das interessante Ergebniss geliefert, dass überhaupt vom 9. Lebensmonat resp. 1. Lebensjahre an bis zum 4. oder 5. Lebensjahre beim Menschen von Seiten des Periosts nur minimale Mengen von Knochensubstanz apponirt werden, ein erhebliches Dickenwachsthum der Röhrenknochen (Femur, Tibia, Humerus) also nicht stattfindet. Sowohl der Dickendurchmesser des ganzen Knochens in den verschiedenen Richtungen, als auch der Durchmesser der Markhöhle und der Compacta wurden vom Verf. sorgfältigen Messungen unterworfen. Am genauesten wurde das Femur untersucht, von welchem S. innerhalb der Zeit vom 9. Lebensmonat bis zum 4. Jahre 17 verschiedene Altersstadien zur Disposition hatte, deren Diaphysenlängen zwischen 111 Mm. (9 Monate) und 178 Mm. (4 Jahre) lagen. Während also die Länge des Knochens in der bezeichneten Zeit eine Zunahme von mehr denn 50 Proc. erkennen liess, schwankte die Dicke des ganzen Knochens in der neutralen Zone (Mittel aus transversalem und sagittalem Dickendurchmesser) nur zwischen 10 und 13 Mm., wobei aber die höchsten Zahlen sich in sehr ungleicher Weise über die verschiedenen Altersstufen, entsprechend individuellen Verschiedenheiten, vertheilten.

Bezüglich des Verhältnisses der Markhöhle zum Durchmesser ergaben die ebenfalls am menschlichen Femur angestellten Messungen, dass der Durchmesser der Markhöhle nach der Geburt zunächst zunimmt, in der Weise, dass sie, bei der Geburt 2 Mm. betragend, rasch auf 6 Mm. wächst (bei 111 Mm. Diaphysenlänge), dann nahezu constant bleibt, bis in der letzten Zeit (4 Jahre 178 Diaphysenlänge)

wieder ein Fortschreiten der Ausweitung auf 7,5 Mm. auftritt. Hieraus folgt, dass, da ja die gesammte Dicke des Knochens nahezu unverändert geblieben ist, die compacte Substanz in einem älteren Stadium (4 Jahre) dünner ist, als in einem jüngeren (3 Jahre). Ferner ergab eine Berechnung des Volums der Compacta nach einer noch mitzutheilenden Methode dem entsprechend, dass das Gesammtvolum des als periostal bezeichneten Knochenmantels der Diaphyse bei 4jährigen Individuen geringer ist als bei 3jährigen. Es ist damit das Vorkommen einer physiologischen Knochenresorption zweifellos erwiesen. — Vom 4.—5. Lebensjahre an bis zur Vollendung des Wachsthums nimmt die Dicke der Compacta wieder zu und im Allgemeinen rascher, wie die Ausweitung der Markhöhle.

S. untersuchte ferner die inneren Veränderungen, welche der Knochenmantel der Diaphyse menschlicher Röhrenknochen von der Zeit der Geburt bis zur Vollendung des Wachsthums durchmacht und bestätigt zunächst die durch Tomes, de Morgan, v. Ebner und Aeby ermittelte Thatsache, dass der Knochen der Neugeborenen aus einer ganz anderen Form des Knochengewebes besteht, als der des Erwachsenen. Wie Aeby fand S. für die Knochen des Menschen (ferner des Hundes, Kaninchens) eine bestimmte Zeit, innerhalb welcher die eine Structur in die andere übergeht. Beim Menschen wächst der Knochen in der ersten Zeit nach der Geburt etwa bis zum 6. Monat nach embryonalem Typus vom Periost aus weiter. Vom 6. Lebensmonat an beginnt das Stadium der Osteoporose, d. h. unter gleichzeitiger allgemeiner Vergrösserung der Markhöhle tritt zunächst in den inneren, der Markhöhle benachbarten Theilen des Knochens und von da allmälig nach aussen fortschreitend eine Ausweitung der Gefässräume, eine Umwandlung der Gefässcanäle in weite, schon mit blossem Auge sichtbare Havers'sche Räume in Folge einer Resorption von Knochensubstanz auf. Die Osteoporose kann, wahrscheinlich unter der Einwirkung krankhafter Verhältnisse, nicht blos wie gewöhnlich die innere Hälfte oder die inneren 2 Drittheile der Knochenrinde, sondern in seltenen Fällen die ganze Rinde ergreifen. Gewöhnlich beginnt schon, bevor die Osteoporose die Hälfte der Rinde erreicht hat, das 3. Stadium, das Stadium der Anlagerung lamellärer Substanz. Die erste Bildung des lamellären Knochengewebes erfolgt zuerst in den inneren osteoporotischen Theilen, wodurch die Festigkeit des gelockerten Knochens allmälig wieder hergestellt wird. Dem Periost kommt bis zum vollendeten 4. Lebensjahre an der Bildung der lamellären Knochensubstanz kein wesentlicher Antheil zu, es bildet vielmehr zu dieser Zeit anfangs nur Spuren geflechtartiger Knochensubstanz (v. Ebner), später auch wohl lamellärer Substanz in sehr geringer Dicke an. Im 4. Lebensjahre nimmt die Thätigkeit des Periost allmälig wieder zu und liefert nun, abgesehen von den Muskelkanten und Muskellinien (Aeby) nur Grundlamellen. Abge-

sehen von letzterer Thatsache ergiebt sich nach S. noch bezüglich der Bildung der Lamellen: 1) die Havers'schen Lamellensysteme bilden sich nur in den durch Resorption entstandenen Räumen; 2) die Grundlamellen entstehen nur vom Periost oder Mark aus auf der äusseren oder inneren Oberfläche des Knochen; 3) die Schaltlamellen sind Theile ehemaliger Grund- oder Havers'scher Lamellen.

Von ganz besonderem Interesse ist noch die auffallende Uebereinstimmung, welche im zeitlichen Auftreten des osteoporotischen Stadiums und der Rhachitis besteht. Letztere betrifft bekanntlich auch in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das Alter vom 6. Lebensmonat bis zum 2. Lebensjahre. Eine Untersuchung rhachitischer Knochen ergab, dass hier 1) eine unvollständige Ausfüllung der osteoporotischen Rinde mit lamellärer Substanz vorhanden ist, 2) eine neue Auflagerung auf der alten Rinde, ausgehend von der osteogenen Schicht des Periosts, vorkommt, die den Charakter fötalen Knochengewebes trägt, keine Spur von Lamellen zeigt, den Neubildungen gleicht, wie sie sich z. B. bei Knochenentzündungen in Form netzförmig verbundener Knochenbälkchen zwischen Periost und Knochen einstellt. Bei der Rhachitis schreitet also die periostale Knochenbildung nach embryonalem oder entzündlichem Typus vor, während die Umbildung der bereits gebildeten Rinde in lamellären Knochen nur langsam und unvollständig erfolgt.

H. Tillmanns (Leipzig).

Kahler und **Soyka**. Kymographische Untersuchungen über Jaborandi.

(Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. Bd. VII. p. 435—463.)

Zu den Versuchen benutzten die Verf. ein heisses Infus von Jaborandiblättern (10 : 200 oder 10 : 150 Wasser), das sie morphinisirten oder curarisirten Hunden in die Venen injicirten. Ausser dem Blutdruck wurden auch die Athembewegungen auf Marey's Pantograph registrirt. Ausnahmslos sahen sie ein Absinken des Blutdrucks, an Intensität ziemlich proportional der angewendeten Dosis. Jedoch wird durch wiederholte Injection diese Wirkung entschieden herabgesetzt. Bei curarisirten Thieren fällt das Absinken des Blutdrucks geringer aus. Durchschneidung der Vagi ändert an diesen Verhältnissen nichts, dagegen hebt Atropinisirung diese Wirkung auf. Bei grösseren Dosen folgt dem Absinken des Blutdrucks eine nachträgliche Steigerung, die indess nach Vagotomie oder Atropinisirung ausbleibt. Danach wäre zu schliessen, dass das Jaborandi eine erregende Wirkung auf die Endigungen des Vagus im Herzen ausübt. Daneben muss man eine lähmende Einwirkung auf die Vasomotoren annehmen und zwar centralen Ursprungs, in Folge deren es zu Erweiterung der kleinen peripheren Gefässe kommt. Die Verf. meinen, dass diese zweifache Wirkungsweise so verschiedener Art dadurch erklärt wird, dass das Jaborandi differente und in ihrer Wirkung verschiedene

Stoffe enthalte. Das aus den Jaborandiblättern dargestellte Alkaloid, Pilocarpin, haben die Verf. nicht in den Kreis ihrer Untersuchung gezogen.

Versuche an Menschen (gesunden und kranken), welche innerlich bis zu 10 Sol. Jabor. auf 300 Infus erhielten, erzeugten neben der Anspornung der Ausscheidungen (Schweiss- und Speichelsecretion) nach geringer anfänglicher Temperatursteigerung auffallende Herabsetzung der Körpertemperatur, mässige Pulsbeschleunigung und exquisite Abnahme der Arterienspannung. Bezüglich der durch den Sphygmographen gewonnenen Resultate muss auf das Original verwiesen werden. Da nach Einverleibung von Jaborandi stets ein bedeutendes Absinken des Blutdrucks erfolgt, so ergiebt sich eine Contraindication für seine Anwendung bei allen Fällen, von schon an sich verringertem Blutdruck (bei Klappenfehlern im Stadium der gestörten Compensation, bei chronischem Lungenemphysem, Schwächezustand und Verfettung des Herzens mit Hydrops), wo die schweisstreibende Wirkung des Mittels an und für sich von grossem Vortheil wäre. Dagegen haben die Verf. in Fällen von Nephr. chron. mit bedeutendem Hydrops und Hypertrophie des linken Ventrikels gute Erfolge gesehen, sowohl was das Schwinden des Hydrops, als das Allgemeinbefinden anlangt. **J. Munk** (Berlin).

Nancrede. The causative relation existing between the anatomical arrangement of the tissues at various ages, and their morbid growths.

(Philadelphia med. Times 1877. No. 252. p. 481.)

Den wiederum in der Geschwulstlehre neu aufkeimenden speculativen Tendenzen nachgehend, betont N., dass bisher beim Studium der Gewebe krankhafter Gewächse deren Gefässe und Blutvertheilung im Vergleich zu den normalen Geweben viel zu wenig berücksichtigt worden sei. Die Tumoren setzen sich zusammen aus Epithel und Bindegewebe; zu letzterem gehört das Blut. So lange normale Blutzufuhr für beide Gewebe vorhanden ist, folgt auf irgend einen Reiz eine Hypertrophie oder Hyperplasie, hat das eine, z. B. das Epithel, bessere Zufuhr, so gewinnt nach demselben Reiz die Epithelwucherung die Oberhand. Bei Lippencarcinomen findet sich oft eine entschiedene Atrophie des Bindegewebes, die Epithelien und Drüsenelemente bekommen viel mehr Blut, daher auf chronischen Reiz (Rauchen kurzer irdener Pfeifen etc.) ein Epithelialcarcinom sich bildet. Wäre das Bindegewebe in normalem Zustande vorhanden gewesen; so wäre statt dessen ein Papillom entstanden. Die massenhaft neugebildeten Epithelien schaffen sich Platz durch Verdrängen des im Wege stehenden Bindegewebes; ist letzteres sehr stark entwickelt (in der Jugend), so kann es dem andrängenden Epithel lange Widerstand leisten; im Alter dagegen ist das Bindegewebe schlaff, und die Epithelien können sich viel leichter ausbreiten. In der Mamma tritt

das Carcinom sehr oft zu der Zeit auf, wo das Bindegewebe gegen das mächtig functionirende Drüsengewebe sehr zurücktritt, d. h. nach der mittleren Lebensperiode. Im späteren Alter atrophirt das Drüsengewebe und das Bindegewebe dominirt, daher jetzt häufiger die Krebsform mit massenhaftem Bindegewebe, der Scirrhus, auftritt. Die sogenannte erbliche Anlage zu Krebs ist nichts weiter, als eine bei solchen Individuen früher auftretende Atrophie des Bindegewebes. Die sarcomatösen Gewächse kommen meist in früher Periode vor, wo die Abkömmlinge des mittleren Keimblattes vorwiegend sind, die Drüsen dagegen wenig productiv sind. Ein Adenosarcom der Brust kann Jahre lang unverändert bleiben; kommt das Alter, in welchem das Bindegewebe zu atrophiren beginnt, so nimmt oft die Geschwulst carcinomatöse Beschaffenheit an. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Poehl. Neuer Zerstäubungsapparat zum Zweck der Desinfection.

(St. Petersburger med. Wochenschrift. 1877. No. 33. p. 288.)

Verf. hat im Auftrag des Präsidiums der Gesellschaft des rothen Kreuzes einen Apparat construirt, bestehend aus Pumpe und Pulverisator, der bei enorm feiner Zerstäubung in der Minute je nach Oeffnung eines Schraubenventils zwischen 50 und 400 Kbcm. Flüssigkeit zerstäubt, mit einer Strahllänge von 3—3,5 Meter. Zur Desinfection von Räumen, zur Inhalation, wie zum Lister'schen Spray soll er gleich tauglich sein.

Der Apparat ist zu haben in Petersburg bei N. Stange — grosse Morskaja No. 34 — unter der Bezeichnung »Desinfector«. Der Preis ist nicht angegeben. **Mögling** (Tübingen).

Köcher. Kriegschirurgische Correspondenz.

(Bulgarski-Karagatsch 1877. Aug. 9.)

(St. Petersburger med. Wochenschrift. 1877. No. 36. p. 314.)

Bei der Einnahme von Nicopolis erlitt das 9. russische Corps einen Gefechtsverlust von 8,7 %; verwundet wurden 6,3 %, getödtet 2,4 %. Unter den Verwundungen sind 92 % durch Handfeuerwaffen, 7 % durch Artilleriegeschosse, 1 % durch blanke Waffen.

Der hohe Procentsatz der durch Handfeuerwaffen Verwundeten erklärt sich aus der Situation der Stürmenden, noch mehr aber durch die Güte der türkischen, Snider'schen oder Magazin-Flinten, bei welchen in einem zweiten Rohr über dem Schusslauf 20 Patronen aufgespeichert sind, die der Reihe nach in den Lauf herabfallen.

Vor Plewna sind die Procente nach den Verwundungsarten ähnlich, die übrigen Zahlen jedoch vollständig anders:

Der Gefechtsverlust am 7. und 8. Juli betrug 36,2 %, dabei sind 20,6 % Verwundete, 15,6 % Todte. Die grosse Todtenziffer rührte hier davon her, dass die Russen zurückgeschlagen wurden, ohne ihre

Verwundeten mitnehmen zu können, und dass diese sämmtlich von den Türken getödtet worden sind.

Am 18. Juli überstieg sogar die Zahl der Todten die der Verwundeten um etwas; das Verhältniss war 1 : 0,99, was nach dem Verf. in dem ungünstigen Geschick des linken Flügels seinen Grund hatte, ausserdem aber auch in der entfernten Lage der Verbandplätze für das 11. und 4. Corps und in dem Mangel an Transportmitteln.

Mögling (Tübingen).

R. Weiss. Beiträge zur Casuistik. Aus der chirurgischen Abtheilung des Hospitals zum heil. Geist in Frankfurt a/M.

(Arch. für klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 1. p. 226.)

1. Stich in's Rückenmark zwischen Atlas und Schädel. Durchtrennung der rechten Hälfte. Lähmung der willkürlichen Bewegungen Seitens der Extremitäten und des Stammes bis zum Nacken hinauf bei sonst intacter Sensibilität, Hyperalgesie sowohl bei Berührungen, als auch gegen Eindrücke durch Hitze und Kälte, sowie aufgehobenes Muskelgefühl. Die enge, reactionslose Pupille, die leichten Contracturen der Gesichtsmuskeln, die einseitig erhöhte Körpertemperatur deuten auf Lähmung des betreffenden Nervus sympathicus. Links Anästhesie. In Folge der Compression der Nervenwurzeln durch Blutextravasat unvollständige Paralyse des linken Armes und der entsprechenden Nackenmuskeln, die sich aber rasch besserte. Myelomeningitis, beiderseitige hypostatische Pneumonie, Lungenödem, Tod am 5. Tage nach der Verletzung. Der Stich befand sich zwischen 2. und 3. Proc. spinos. dors. Nach geschehener Verletzung war Pat. vornüber gestürzt, Bewusstsein ungetrübt. Die Verwundung war mit der 3″ langen Klinge eines gewöhnlichen Klappmessers beigebracht worden.

2. Traumatischer Leber-Zwerchfellriss. Patient war durch einen beladenen Wagen über den Unterleib überfahren worden. Es entwickelte sich eine Peritonitis diffusa, die, nachdem später ein abgekapseltes, peritonitisches Exsudat punctirt worden war, wiederum recidivirte. Ausserdem war Cholethorax vorhanden; zwar konnte man in diesem Falle zweifelhaft sein, ob die aus dem sechsten Intercostalraum aspirirte olivenfarbige, Gallenfarbstoff und Gallensäuren nebst Leberzellen enthaltende Flüssigkeit wirklich in den Pleuraraum ergossen war, oder ob sie vielleicht aus einem an dieser Stelle punctirten, abgesackten, zwischen Leber und Zwerchfell gelegenen, peritonitischen Exsudate stamme. Bei der zweiten Aspiration wurde nur eine hell-blutigrothe Flüssigkeit entleert. Doch sprach die Lage der Leber vor und nach der ersten Aspiration mehr für die Annahme eines Cholethorax. Heilung.

3) Den dritten Fall, den W. berichtet, betrifft eine traumatische Lungenhernie des rechten mittleren und oberen Lappens nach Absprengung der dritten bis fünften Rippe von ihrer Knorpelinsertion

durch Hornstösse eines Ochsen. Am Abend nach der Aufnahme gelang die Reposition der Hernie, die Bruchpforte wurde mit einem dicken Wattebausch, Compresse und fest angezogener Brustbinde geschlossen. Später Pleuritis serosa, dann definitive Heilung. An der vierten und fünften Rippe schien eine ligamentöse Vereinigung stattgefunden zu haben. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Gosselin. Des indications du trépan dans les plaies de tête avec fracture et enfoncement des fragments.

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 43.)

G. giebt als Indication für die Trepanation an: eine Kopfwunde mit Impression, mit welcher functionelle Störungen des Gehirns verbunden sind; wenn aber die Fractur ihren Sitz am Seitenwandbein hat, so genüge eine länger dauernde Bewusstlosigkeit, einzelne Muskelzuckungen oder Delirium, um die Trepanation zu indiciren. Dieselbe könne in solchem Falle niemals schaden, nutze aber, indem sie theils einen etwa vorhandenen Bluterguss zwischen Knochen und Dura, der sich zersetzen könne, entleere, ferner die Entfernung von Knochensplittern ermögliche und endlich dem sich bildenden Eiter einen Ausweg verschaffe. Dagegen spricht sich G. durchaus gegen die Trepanation aus, wenn keine äussere Wunde vorliegt, selbst wenn die Gehirnsymptome, Lähmungen u. s. w. der schwersten Natur sind, weil er durch die Continuitätstrennung der Weichtheile alle Gefahren einer complicirten Schädelfractur herbeizuführen fürchtet und die Chancen eines Erfolges ihm sehr gering erscheinen.

Winiwarter (Wien).

Kleberg. Zur Unterbindung der Art. maxillaris interna.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1877. No. 35. p. 302.)

Bei der Exstirpation eines taubeneigrossen Sarcoms, das von der Stelle der Insertion des Musc. temporalis sin. am Process. coron. aus gegen die Mundhöhle hineinragte, wurde die Art. maxill. int. angerissen und konnte in loco nicht unterbunden werden. Wegen der anhaltenden Blutung und um die Carotisunterbindung zu vermeiden, trennte Verf. den Masseter, sowie den Unterkiefer oberhalb des Angulus und schlug den Gelenktheil nach oben. Hierauf gelang die doppelte Unterbindung sehr leicht, der Kiefer wurde mit Draht vereinigt. Verf. schlägt diesen Weg zur Unterbindung der Arterie für die Verwundung derselben überhaupt vor. **Mögling** (Tübingen).

F. Ahlfeld. Die Entstehung des Nabelschnurbruches und der Blasenspalte.

(Arch. f. Gynäkologie Bd. XI. Hft. 1.)

Die Ursache für die Bildung einer Hernia funiculi umbilicalis ist nach A. meist in einem fortgesetzten Zug zu suchen, der — nachdem sich die Frucht bis zur 3. Woche normal entwickelt hat — vom

Dotterstrang an den in der Nabelschnurscheide liegenden Därmen ausgeübt wird. Auf diese Weise werden zu der Zeit, wo die Bauchspalte noch weit klafft, durch Hineinziehung immer weiterer Baucheingeweide die sehr grossen Nabelschnurbrüche zu Stande kommen, während die Entstehung der geringeren Grade durch verspätete oder ganz unterbliebene Trennung des Dotterstranges vom Darm in der späteren Zeit der Entwickelung erklärt werden kann. Die den Nabelschnurbruch begleitenden secundären Anomalien (Obliteration, Zerreissung des Darms, Atresia ani, Vergrösserung oder Dislocation der Leber, der Nieren, des Magens) finden hierdurch eine genügende Erklärung. Für die Richtigkeit seiner Theorie kann A. jetzt einen Fall von Nabelschnurbruch anführen, in dem das Ileum thatsächlich durch einen kurzen, dicken Hohlstrang am Nabelring befestigt war, ein Meckel'sches Divertikel, neben dem ein Dottergefäss zum Mesenterium derselben Darmschlinge lief.

Wird aus irgend einem Grunde die Dotterblase nach dem Schwanzende der Frucht gedrängt, und es findet nun ein heftiger Zug an ihr statt, so wird der Enddarm gegen die Schamfuge gedrängt, indem er die vor ihm liegende Allantois vor sich her treibt, und verhindert zusammen mit dieser die Vereinigung der von den Seiten einander zustrebenden Theile — es entsteht eine Bauchblasenschambeinspalte. Die als grosse Blase freiliegende Allantois füllt sich, weil eine Urethra sich nicht bilden kann, prall mit Urin, so dass die vordere Wand platzt. Die allein übrig bleibende hintere Wand bekleidet sich mit Schleimhaut. — A. konnte an einem lebenden Kinde sehr schön beobachten, wie sich innerhalb der ersten 10 Lebenstage auf der Blasenschleimhaut ein 1 Ctm. breiter Epidermisstreifen am obern Rande entwickelte. —

Bezüglich der genaueren Anatomie der einzelnen betheiligten Organe muss auf die Arbeit selbst verwiesen werden.

Am Schluss weist A. die von Winckel auf der Hamburger Naturforscherversammlung gegen seine Theorie erhobenen Einwände zurück, indem er namentlich die Beweiskraft der in der (Rostocker) Dissertation Krüger's mitgetheilten Beobachtung — auf die Winckel sich berufen hatte — bestreitet. Gegenüber dem Einwurf, dass der Dotterstrang ein zu zarter Faden sei, um so weitgehende Verbildungen hervorzubringen, erinnert A. an die Zeit, in die der Beginn der Blasenspaltbildung verlegt werden müsse. Zu dieser Zeit sei der Dotterstrang noch fast so stark wie das Darmrohr. —

Löhlein (Berlin).

W. Adams. On contraction of the fingers and its treatment.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 838. Roy. med. and chir. Soc.)

A. bestätigt im Einklange mit den Untersuchungen Goyrand's, Patridge's und Dupuytren's, dass bei der Dupuytren'schen Fingercontractur nur die fascia palmaris, nicht die Sehnen und Sehnen-

scheiden afficirt sind; die Ursache sei keine locale Gelegenheits-Ursache, sondern eine allgemeine constitutionelle und speciell die »rheumatische« Gichtanlage. A. verwirft die von Dupuytren, Goyrand und Busch angewandte verwundende Operationsmethode und plaidirt für die subcutane Durchschneidung der einzelnen sich spannenden sehnigen Balken. Er extendirt die beweglich gewordenen Finger und befestigt sie auf einer Vorderarm- und Hand-Schiene durch 3 Tage; dann Erneuerung des Verbandes, die Schiene wird Tag und Nacht 2—3 Wochen getragen, dann noch weitere 3—4 Wochen des Nachts; am Tage werden fleissig Bewegungen gemacht.

Pilz (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

Zeissl. Ein Fall von Pemphigus foliaceus.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 10 und 11.)

Nach einigen Allgemeinbemerkungen über die noch wenig bekannte und stets tödtlich endende Erkrankung schildert Verf. einen exquisiten Fall, der auf seiner Station zur Beobachtung kam. Der Name Pemphigus foliaceus ist wegen des dabei vorkommenden Abblätterns der Haut gewählt — Schälblattern. Das pathognomonische Symptom besteht in Bildung von Pemphigusblasen, welche bersten, wonach die abgehobene Hautdecke fortgespült wird. Der entblösste hochrothe Papillarkörper bietet dann leicht das Ansehen von Eczema rubrum oder syphilitischer Erkrankung. Mit der Blasenbildung an den äusseren Hautdecken hält die Erkrankung der Schleimhäute gleichen Schritt, besonders an Lippen, Zahnfleisch und Zunge. Aphthöse Trübungen des Epithels, welches danach abgehoben wird treten ein, etwas capilläre Blutung folgt, wonach das Blut zu einem trocknen Schorfe eintrocknet. Unter zunehmender Schwäche sterben die Kranken meist bei starker Salivation. — Aetiologische Momente sind gar nicht zu eruiren, therapeutisch nichts auszurichten. — Im speciell geschilderten Falle hatten Cocapräparate sich als gute Antisyalogoga, in Form von Gargarismen bewiesen; innerlich genommen blieben sie wirkungslos. Zur Anwendung der Coca gab die Thatsache Veranlassung, dass die Aymara-Indianer, welche ihre syphilitischen Patienten seit Alters mit Quecksilber curiren, den Speichelfluss dabei durch Kauen von Cocablättern beseitigen. Die Section hatte im vorliegenden Falle nichts zur Aufklärung des eigentlichen Wesens der Krankheit ergeben. **v. Mosengeil** (Bonn).

A. Bidder. Ein Fall von eigenthümlicher diffuser subcutaner Geschwulstbildung an Kopf und Gesicht.

(Arch. f. klin. Chir. 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

Ein 68jähriger kräftiger Mann bemerkte eine seit dem Sommer 1875 wachsende Geschwulst, welche Ende Juli 1876 kappenartig den vom Hinterkopf bis zur Stirn haarlosen Theil des Kopfes einnahm, an der Glabella etwas schmaler wurde, um dann wieder breiter werdend, die ganze Augenbrauengegend, den Nasenrücken und von da sich flügelförmig ausbreitend auch noch beide Wangen zu überziehen. Die Geschwulst hatte auf dem Scheitel eine Breite von 10 Ctm. und vom Hinterkopf bis zur Stirn eine Länge von 21 Ctm. Die Haut erschien wie unterpolstert und zwar in einer Höhe von 2—3 Ctm.; sie war mit Ausnahme einer intensiven Röthung im Gesicht, einem helleren, grauröthlichen Colorit auf dem Kopfe normal. Der Tumor war auf der Scheitelhöhe nicht verschiebbar, wohl aber an den Randpartien und auf der Stirn. In der Umgebung des Tumors fanden sich auf der Stirn kleine hirsekorngrosse subcutane Knötchen. Der grossen Geschwulstmasse analoge Tumoren fanden sich isolirt vor jedem Tragus und als wallnussgrosse Knoten unter dem Ohrläppchen. Ausserdem waren die Lymphdrüsen am Halse etwas geschwollen.

Die mikroskopische Untersuchung eines im September 1876 excidirten Tumorstückes ergab der Hauptsache nach eine diffuse dichte Infiltration des subcutanen Gewebes mit kleinen Rundzellen, einen Befund, den C. Friedländer (Strassburg) lediglich bestätigte. Auch später excidirte Stücke ergaben denselben Befund.

Von therapeutischen Massnahmen, welche local in Jodinjectionen bestanden und vom October an in innerlicher Darreichung von täglich 0,5 Sol. Fowleri, schien die letztere auf die Verkleinerung des Tumor einen sehr wesentlichen Einfluss zu haben. Als Pat. im März 1877 die Medication gänzlich aussetzte, nahm der Tumor an Dicke bedeutend zu.

Nach sorgfältiger Erwägung aller Verhältnisse führt B. aus, dass sich der Tumor sehr schwer in die Systematik der Geschwülste einreihen lässt; vielleicht lässt er sich als subcutanes diffuses Lymphoid bezeichnen, trotzdem ein näherer Zusammenhang mit dem Lymphgefässsystem nicht nachgewiesen ist. —

Maas (Freiburg i/Br.).

Hodge. A needle found post mortem within the cranium.

(Philad. med. Times 1877. August 4. No. 253 S. 526.)

Bei einem alten, an Phthisis gestorbenen Manne, fand sich der rechten grossen Hirnhemisphäre anliegend, parallel dem Sinus longit. und 1" davon entfernt, $1^1/_2$" hinter der Sutur. coronar. eine Nähnadel mittlerer Grösse, mit der Spitze nach hinten befestigt. Sie war stark oxydirt, schwarz und ohne Glanz, an der Innenfläche der Dura mater durch alte Gewebsstränge befestigt, und hatte nie Symptome hervorgerufen. Wie sie hingelangt war, konnte nicht ermittelt werden; am wahrscheinlichsten wohl in der Kindheit durch die grosse Fontanelle. Bei der Discussion erwähnt Henri einen Fall, wo er aus dem Biceps eines Mädchens eine Nadel entfernte, die etwa das dreifache der normalen Dicke hatte; sie war rauh und mit mineralischen Bestandtheilen belegt. Wilson, Sinkler und Cleemann fanden die von ihnen extrahirten Nadeln ohne Glanz, aber nicht corrodirt.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Gross. Des avantages des trépanations immédiates et hâtives.

(Revue méd. de l'Est 1877. Sept. 1.)

Der Verf., Anhänger der frühen und prophylaktischen Trepanationen, führt folgende Beobachtung zur Bekräftigung seiner Ansichten an: Fractur des linken Os pariet. durch ein scharfkantiges Eisen bei einem kräftigen Müllerknechte. Bei der Untersuchung (3 Tage nach geschehener Verletzung) zeigte sich eine Quetschwunde mit Depression des Schädeldaches und zahlreichen Splittern. Leicht gelangte die Sonde in die Hirnsubstanz. Der Patient zeigte eine Reihe von Sprachstörungen, klagte über Ohrensausen und sehr heftige Kopfschmerzen, der Puls war klein und verlangsamt, der Gang unsicher, doch waren keine Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen der Extremitäten vorhanden. Erweiterung der Oeffnung am folgenden Tage mit Hülfe von Scheere und Meissel, nach vorangegangenem Kreuzschnitt durch die Weichtheile Extraction zweier Splitter, dem letzteren 9 Mm. langen folgte Ausfluss von etwas Eiter; man vergrösserte deswegen noch mehr die Oeffnung und extrahirte zwei weitere Splitter, von denen der letztere ca. 20 Mm. lang war, sehr fest sass und nach dessen Extraction wiederum Eiter ausfloss. Nach genauer Reinigung der Wunde und Abscesshöhle werden einige Suturen gelegt, sodann ein feuchtes Läppchen über die Wunde gelagert. Kein Lister'scher Verband. Heilung ohne Fieber und ohne erhebliche Störung in 3 Monaten. Nach dieser Zeit ist Patient als vollkommen geheilt entlassen worden.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

A. Seeligmüller. Ein Fall von geheilter Fractur der Wirbelsäule.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 28.)

S. hatte Gelegenheit bei einem 44jähr. Schlosser die interessanten Folgezustände einer geheilten Wirbelfractur zu beobachten. Pat. hatte die Fractur vor 10 Jahren acquirirt, indem ihm in gebückter Stellung ein schwerer, 28' langer und

8" breiter hölzerner Balken auf den untern Abschnitt der Wirbelsäule fiel. Kurze Zeit bewusstlos. 6 Wochen lang Blasenlähmung, Decubitus des Kreuzbeines, heftige Schmerzen in den gelähmten unteren Extremitäten, Schmerzen im Mastdarm (noch jetzt) mit Krampf des Sphincter. Gürtelgefühl ist nicht vorhanden gewesen, ebensowenig hochgradige und ausgebreitete Gefühllosigkeit in den gelähmten Extremitäten. Pat. musste 18 Wochen zu Bett liegen, ehe er den Versuch machen konnte, sich auf Krücken fortzuhelfen. Erst nach $1^1/_2$ Jahren lernte er wieder ohne Krücken gehen, ja Tagesmärsche machen, obgleich er (wie auch jetzt noch) die Füsse stets mit den Hacken zuerst aufsetzte. Bei dieser Gangart will Pat. bis in die Schweiz (Zürich) gewandert sein. — Gehfähigkeit in letzter Zeit wieder schlechter, Stehen soll nicht so leicht ermüden. In der Gegend des 1. und 2. Lendenwirbels spitzwinkliger nicht schmerzhafter Vorsprung. Aus dem von S. sehr sorgfältig beobachteten Symptomencomplex heben wir nur Folgendes hervor: Hochgradige Atrophie der Gesässmuskeln, viel geringere der unteren Extremitäten. Die Oberschenkel nach Innen rotirt, Calcaneusstellung beider Füsse, Zehen activ unbeweglich, rechts plantarflectirt; Pat. tritt nur mit den Fersen auf, das Stehen ist deshalb sehr unsicher, nicht in Folge von Coordinationsstörungen, sondern ähnlich zu erklären, wie bei Leuten mit Stelzfüssen. In liegender Stellung kann Pat. mit den unteren Extremitäten alle gewünschten Bewegungen ausführen. Hautreflexe erhöht; ausgesprochen anästhetische und mehr oder weniger analgische Stellen finden sich an beiden Unterextremitäten (handgrosse Stelle an der linken Spina ilei infer., dann symmetrisch beiderseits über den äusseren Hälften der Mm. gastrocnemii am Unterschenkel und beider Bicepsmuskeln am Oberschenkel). Temperaturgefühl ebenfalls hier herabgesetzt, Druckgefühl normal. Patellarreflexe sind vorhanden, Fussphänomen fehlt, der Bauchreflex ist rechts kaum merklich, links sehr deutlich. Hodenreflex fehlt beiderseits. Die faradomuskuläre Erregbarkeit ist an den Muskeln der Ober- und Unterschenkel theils herabgesetzt, theils ganz aufgehoben.

Interessant ist im vorliegenden Falle, dass Pat. nach einer so hochgradigen, ärztlich constatirten lebensgefährlichen Verletzung relativ genesen ist, so dass Pat. in den letzten 9 Jahren eine erträgliche Existenz führen konnte. Die Läsion des Rückenmarkes scheint vorzugsweise die Vorderseitenstränge betroffen zu haben, wahrscheinlich in Folge von Dislocation eines Bruchfragmentes der Wirbelkörper. Hiermit im Einklang steht allerdings das Erhöhtsein der Hautreflexe, da ja die Leitungsbahnen der im Gehirn gelegenen reflexhemmenden Centren in den weissen Vordersträngen liegen sollen. Auch die unbedeutende Störung der Anaesthesie spricht für relative Unversehrtheit der übrigen Theile des Rückenmarkquerschnittes.

H. Tillmanns (Leipzig).

Tirifahy. Observation d'un cysto-sarcome hématique de l'extrémité supérieure de l'humérus.

(La presse médicale Belge 1877. No. 38 und 39.)

Ein 47 Jahr alter Mann von sonst guter Constitution und kräftigem Körperbau, bei welchem vor $1^1/_2$ Jahren ein in der oberen innern Muskulatur des rechten Oberschenkels innerhalb 3 Jahren gewachsenes, 2 Fäuste grosses Cystosarcom mit Erfolg ohne locales Recidiv exstirpirt worden war, bekam bei einer leichten Anstrengung der Arme plötzlich heftige reissende Schmerzen in der rechten Schultergegend mit Ecchymosen, Extravasaten und starkem Oedem. Die Extremität wird sofort in Ruhe gestellt und später, da die Geschwulst nicht zurückging und das Oedem die ganze Extremität ergriff, mit subcutanen Einspritzungen von Morphium und Strychnin, reizenden und narkotischen Einreibungen, Douchen, Electricität, Massage, Gymnastik, Punction mit Aspiration (wobei 1 Mal 200 Grm. Blut herausbefördert wurden) und nachheriger Einspritzung von Eisenchlorid, innerlich mit Jodkali, Ferrum arsenicosum, Coniin etc. ohne Erfolg behandelt, so dass schliesslich zur Exarticulatio humeri geschritten wurde. Narkose mit Methylenum bichloratum; doppelte Lappenbildung, Lister; starke Blutung; Entfernung der Gelenkfläche und des Collum scapulae. Synkope während der Operation etwa 10 Minuten dauernd. Heilung innerhalb 4 Wochen. Die Geschwulst war ein grosses Cystosarcom von 30 Ctm. Länge und 40 Ctm. Umfang, die Cysten mit Blut gefüllt.

Ausgangspunkt des Tumor war das Caput humeri, von wo er rasch in Knochen und Weichtheilen bis zur Insertion des Deltoides abwärts schritt, nach oben auf die Gelenkkapsel, die Muskeln und die Sehnen übergriff und so zum collum scapulae gelangte. Der Gelenkknorpel selbst war intact geblieben. Der Humerus erschien in toto um etwa 10 Ctm. länger, als auf der gesunden Seite.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Mahner-Mons. Eine eigenthümliche Verrenkung im Ellenbogengelenk.

(Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1877. Hft. 8 und 9.)

Bei den im Allgemeinen seltnen Verrenkungen des Vorderarmes nach vorn handelt es sich gewöhnlich um eine Luxation beider Vorderarmknochen. Der vom Verf. beobachtete Fall betrifft eine Verrenkung der Ulna nach vorn und des Radius nach aussen. Sie war zu Stande gekommen beim Turnen und zwar durch heftigen Anlauf gegen den Rand eines Kastens mit vollständig gebeugtem Ellenbogengelenk, in Folge eines verfehlten Sprunges. Das Olecranon war dabei nicht fracturirt. — Die Reduction gelang sehr leicht durch einfache Streckung und Pronation des Vorderarms. Die Heilung erfolgte, trotz bedeutenden Blutergusses, ohne Störung.

A. Hiller (Berlin).

H. Martin. Uncomplicated backwards dislocation of the head of the radius.

(Bost. med. and surg. Journ. 1877. Vol. 2. p. 697.)

In angeheiterter Stimmung fiel Pat., mit einem Freunde ringend, mit ihm zusammen zu Boden, so dass sein Vorderarm unter dessen Rücken zu liegen kam. Die Untersuchung ergab, Quetschung der Haut am Condyl. intern.; Luxation des Radiusköpfchen nach hinten; Abwesenheit irgend einer Fractur; die Reduction war leicht, die Retention schwer. Als zweckmässigster Schienenverband dienten Schienen aus starkem Filz, durchtränkt mit Schellacklösung (poroplastischer Stoff der Engländer); dieselben werden im heissen Wasser aufgeweicht, legen sich dann genau an, um in gegebener Form zu erhärten. Anfangs wurde der Verband mehrfach erneut, am 10. Tage einfache Armschlinge; nach 6 Wochen gute schmerzlose Beweglichkeit im Ellenbogengelenk mit leichter Einschränkung der vollen Streckung. Nach seinen literarischen Erhebungen sah Astley Cooper diese Luxation nie im Leben, nur 1 Mal an der Leiche; Druitt erwähnt ihre Seltenheit; Hamilton stellte 28 Fälle zusammen, darunter 3 Beobachtungen von Markoe (New-York) und 4 eigene; in Markoe's Fällen bestand jedesmal eine Fractur des Condyl. int., bei Hamilton bestimmt in 2 Fällen, in den andern beiden Fällen zweifelhaft. M. sieht sich nach genauester Prüfung zu dem Schlusse gedrängt, dass die publicirten Fälle von Luxation des Radiusköpfchen nach hinten nicht absolut sicher uncomplicirte gewesen seien.

Pilz (Stettin).

Jacubasch. Mumification der linken unteren Extremität.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 13.)

Eine 80jährige Greisin mit atheromatöser Erkrankung der peripheren Arterien und des Endocardiums erlitt in Folge einer Embolie der Cruralarterie eine Gangräna sicca der linken unteren Extremität, wobei sich fast in der Mitte des Oberschenkels in Handbreite etwa alle Weichtheile rings um den Knochen herum durch Eiterung an der Demarcationsstelle während der Mumificirung abgestossen hatten. Der Tod erfolgte nach einiger Zeit, und ist ein ausführliches Sectionsprotocoll beigefügt.

v. Mosengeil (Bonn).

Berichtigung: S. 707 3. Z. v. o. lies: Gummibinden statt Querbinden.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. v. Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 47. **Sonnabend, den 24. November.** **1877.**

Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des Berliner städtischen Krankenhauses im Friedrichshain.

III. Die complicirten Fracturen
vom October 1875 bis October 1877.

Von
Dr. H. Wildt,
Assistenzarzt.

Auf fast keinem Gebiete der Chirurgie zeigt sich so offenbar, welchen eminenten Fortschritt dieselbe durch die Einführung der antiseptischen Verbandmethode gemacht hat, wie auf dem der complicirten Fracturen. Nach den Untersuchungen von Volkmann und Fränckel stellte sich bei 885 complicirten Unterschenkelfracturen, die in Deutschland und England nach den verschiedensten, aber immer nicht antiseptischen Methoden behandelt worden waren, die

Mortalität auf $38^1/_2$ %. Die Heilung einer complicirten Fractur zog sich bei nicht antiseptischer Behandlung in den günstigen Fällen in der Regel sehr lange Zeit hin und wurde durch Nekrosen der fracturirten Knochen, phlegmonöse Entzündung der Weichtheile und das ganze Contingent der accidentellen Wundkrankheiten in Frage gestellt. Welchen Umschwung die antiseptische Verbandmethode hierin zu Stande gebracht hat, zeigt am deutlichsten die glänzende vor Kurzem veröffentlichte Statistik Volkmann's, der mit Hülfe derselben 75 complicirte Fracturen der grösseren Röhrenknochen hintereinander zur Heilung gebracht hat. Auf Veranlassung des Herrn Dr. M. Schede stelle ich in dem Folgenden die Resultate zusammen, die in der Zeit vom October 1875 bis October 1877 auf seiner Abtheilung bei der Behandlung der complicirten Fracturen der grossen Röhrenknochen erzielt worden sind, und welche sich den von Volkmann berichteten ziemlich ebenbürtig zur Seite stellen können.

I. Innerhalb der ersten 24 Stunden in die Behandlung getretene complicirte Fracturen (21 Fälle).

No. 1. Rec. 21. Mai 1876. 2 Stunden nach der Verletzung.	Friedrich Maire, 29 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch des rechten Oberarms.	Querbruch dicht über dem Ellenbogengelenk durch Sturz vom Omnibus. Kleine, mässig blutende, gequetschte Wunde oberhalb des Olecranon. Befestigung auf Watson'scher Schiene.	29. Mai. Wunde unter feuchtem Schorfe geheilt. Geschlossener Gypsverband, in rechtwinkliger Stellung. 19. Juni. Gypsverband entfernt. Fractur consolidirt. Keine Nekrosen.	4. Juli geheilt entlassen; Beweglichkeit im Ellenbogengelenk normal.
No. 2. Rec. 4. September 1877. 1 Stunde nach der Verletzung.	August Grens, 30 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch des rechten Oberarms.	Offener Querbruch des Humerus in der Mitte durch Sturz vom Gerüst; unteres Fragment spiesst aus der 3 Ctm. langen, an der Innenseite befindlichen Wunde hervor. Ausserdem subcutaner Querbruch beider Vorderarmknochen rechterseits in der Mitte. Befestigung auf Supinations-Schiene.	5. September. Wegen der Unruhe des Pat. gefensterter Gypsverband. Typische Heilung unter feuchtem Schorfe. 4. October. Gypsverband entfernt, Wunde verheilt. Consolidation noch mangelhaft. 18. October. Consolidation vollendet. Keine Nekrose.	Ende October geheilt entlassen.
No. 3. Rec. 5. October 1875, unmittelbar nach der Verletzung.	Paul Wichert, 24 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch des rechten Vorderarms und der rechten Handwurzelknochen.	Zerquetschung der rechten Hand zwischen zwei Walzen, vola manus in Gestalt eines Lappens abgerissen, dessen Spitze am Handgelenk, dessen Basis in der Gegend der articul. metacarpo-phalang. liegt. Mehrere Phalangen und ossa metacarpi ge-	Bei hohen Temperaturen (bis 40,4) tritt Gangrän der Hand ein. 9. October. Amputatio antibrachii zwischen mittlerem und unterem Drittel. Typischer Lister. Allmäliges Sinken des Fiebers, welches seit dem 17. ganz ver-	6. Nov. geheilt entlassen.

		brochen. Bruch der process. styl. ulnae. Beugesehnen blossliegend, Eröffnung des Handgelenks. Versuch einer conservativen Behandlung, Salicylwatteverband.	schwunden. Aseptischer Verlauf. Prima intentio bis auf die Wundwinkel. Keine Nekrose der Sägefläche.	
No. 4. Rec. 18. Mai 1876. 2 Stunden nach der Verletzung	Carl Heinrich Kremkau, 29 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch des linken Vorderarms.	Kreissägenverletzung. Splitterung der Ulna, Durchschneidung der art. und des nervus ulnaris. Fingerlange Quetschwunde auf der Streckseite des Vorderarms. Entfernung mehrerer primärer Splitter; Abtragung heraushängender Muskelfetzen. Unterbindung der arteria ulnaris.	Typischer reactions-, und fieberloser Verlauf. Keine Nekrosen.	29. Mai. Auf eigenen Wunsch entlassen; ambulatorisch weiter behandelt. Consolidation nach 4 Wochen. Function der Muskeln und der Nerven intact.
No. 5. Rec. 19. Mai 1876. 4 Stunden nach der Verletzung	A. Neumann, 23 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch des linken Vorderarms.	Querbruch des Radius und starke Splitterung der Ulna in der Mitte des Vorderarms durch Sturz vom Gerüst; grosse, stark gequetschte Weichtheilwunde auf der Streckseite, starke Dislocation der Fragmente, beträchtliche Blutung. Ausserdem subcutane Fractur des linken Oberschenkels und subcutaner Querbruch der linken Patella.	Oberflächliche Gangrän der Wundränder. Bis zur Reinigung der Wunde Schwärzung des Protectiv; im übrigen reactionsloser Verlauf. Einzelne kleine Knochensplitter in den ersten Tagen entfernt. 2. August. Wunde verheilt, Fractur consolidirt. Pro- und Supination normal; Bewegungen im Ellenbogen- und in den Fingergelenken etwas behindert. 18. September. Passive Bewegungen des Ellenbogengelenks und der Fingergelenke in der Narkose. Später normale Beweglichkeit. Keine Nekrosen.	22. Oct. Mit vollkommen normaler Beweglichkeit entlassen. Cf. Schede, Zur Behandlung der Querbrüche der Patella etc. Centralblatt für Chirurgie, 1877. No. 42.
No. 6. Rec. 17. August 1876, 12 Stunden nach der Verletzung.	Carl Opitz, 25 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch der linken Ulna.	Querbruch der Ulna im mittleren Drittel mit Durchbohrung der Haut durch Sturz vom Fahrstuhl. Complicirte Luxation des Radiuskopfes nach innen. Starke Quetschung der Weichtheile. 10 Gefässe unterbunden.	Theilweise Gangrän der Wundränder, sonst typischer Verlauf. Grosse Schwierigkeit, das luxirte Radiusköpfchen reponirt zu erhalten. 2. October. Resection desselben. Gefensterter Gypsverband in leichter Beugestellung bei völliger Supination.	11. Febr. Pat. entlassen. Beugung im Ellenbogengelenk bis zum rechten Winkel, Streckung bis 130° möglich. Pronation und Supination normal.

			18. Octbr. Gypsverband entfernt. 7. November. Wunden vernarbt, Consolidation vollendet. Keine Nekrosen.	
No. 7. Rec. 24. März 1877, 6—7 Stunden nach der Verletzung	Albert Lusard, 27 Jahr, aus Berlin. Offener Splitterbruch des rechten Vorderarms.	Rechte Ulna durch Säbelhieb quer durchschlagen und stark gesplittert, 3/4 Zoll über der Gelenklinie. Gelenk intact. Starke Blutung. Unterbindung mehrerer Arterien.	Typische Heilung unter feuchtem Schorf. 7. April. Hautwunde verheilt. 14. April. Fractur consolidirt. Keine Nekrosen.	22. April. Mit normaler Function entlassen.
No. 8. Rec. 3. August 1876, 6 Stunden nach der Verletzung.	Heinrich Frohnert, 23 Jahr, aus Berlin. Durchstechungsfractur des rechten Oberschenkels.	Schrägbruch des rechten Oberschenkels etwa in der Mitte durch das Schwungrad einer Dampfmaschine. Kleine Wunde, starke Blutung. Ausserdem subcutaner Querbruch im unteren Drittel des linken Oberschenkels. Erweiterung der Wunde, Desinfection. Gewichtsextension mit Volkmann'schem Schlittenapparat und Heftpflaster.	Typische Heilung unter feuchtem Schorf. 30. August. Wunde verheilt. 5. September. Beide Fracturen consolidirt. Keine Nekrosen.	1. Oct. Pat. geht ohne Krücken und Stock; keine Verkürzung.
No. 9. Rec. 4. August 1877. 4 Stunden nach der Verletzung.	Louise Biegsch, 64 Jahr, aus Berlin. Offener Querbruch des rechten Oberschenkels.	Querbruch durch Ueberfahren, unmittelbar über der unteren Epiphyse des Oberschenkels; oberes Fragment nach innen, unteres durch den Zug der Gastrocnemii nach hinten dislocirt, seine obere Fläche deutlich in der Kniekehle zu palpiren. Erbsengrosse, auf die Fracturstelle führende Wunde an der Innenseite; sehr beträchtliche Blutung. Extensionsverband mit Heftpflasterstreifen und Volkmann'schem Schlittenapparat.	11. August. Wunde geschlossen. Reposition der Fragmente, deren unteres die Neigung hat, fortwährend nach hinten umzukippen, mit dem Flaschenzug. Geschlossener Gypsverband mit halbgebeugtem Knie. 9. September. Derselbe entfernt; Fractur federt noch etwas. Neuer Gypsverband mit gestrecktem Knie. 29. September. Consolidation vollendet. Keine Nekrosen.	Ende Oct. entlassen ohne Verkürzung; Function des Kniegelenks normal.
No. 10. Rec. 10. November 1875. 1½ Stunden nach der Verletzung.	Emil Weinhold, 39 Jahr, aus Berlin. Offener Splitter-	Splitterbruch im oberen Theil des mittleren Drittels und Querbruch zwischen mittlerem und unterem Drittel durch Sturz aus der Höhe	Typischer Verlauf. 26. November. Gefensterter Gypsverband. 24. December. Wunde geschlos-	13. Jan. 1877. Pat. mit Gypsverband wegen noch bestehender geringer Beweglichkeit an

	bruch des rechten Unterschenkels.	von zwei Stockwerken. Kleine, stark gequetschte Wunde über der oberen Fracturstelle. Starke Blutung, starke Quetschung des ganzen Unterschenkels.	sen, Consolidation noch nicht ganz vollendet. Keine Nekrosen.	der Fracturstelle entlassen. Später geheilt, ohne Verkürzung, wieder vorgestellt.
No. 11. Rec. 13. Februar 1876. 6—8 Stunden nach der Verletzung.	Marie Lehmann, 27 Jahr, aus Lichtenberg. Offener Bruch des rechten Unterschenkels.	Querbruch in der Mitte der Tibia durch Hufschlag. Starke Verschiebung der Knochenfragmente, stark gequetschte, $1\frac{1}{2}$ Zoll lange Lappenwunde an der Innenseite. Graviditas.	Heilung unter dem feuchten Schorf nicht gelungen, wegen Gangrän einer Partie der gequetschten Haut. Fieberloser Verlauf. 17. März. Gefensterter Gypsverband. 5. April. Geburt eines lebenden Knaben. 19. April. 4 kleine Sequester stossen sich aus.	22. April. Mit Gypsverband und noch oberflächlich granulirender Wunde entlassen; ambulatorisch weiter behandelt. Kurz darauf Wunde geheilt. Fractur ohne Verkürzung consolidirt.
No. 12. Rec. 12. April 1876. 9—12 Stunden nach der Verletzung.	Charlotte Kalet, 63 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch des linken Unterschenkels.	Fractur beider Knöchel durch directe Gewalt; drei Ctm. lange, horizontale Wunde auf dem äusseren Knöchel, Eröffnung des Gelenks. Typische Desinfection, gefensterter Gypsverband.	4. Mai. Gypsverband entfernt. Kleiner Hautabscess über der Fracturstelle der Tibia. 26. Mai. Wunden verheilt, Fracturen consolidirt. Bewegungen im Fussgelenk nicht ganz frei. Keine Nekrosen.	15. Juli. Entlassen mit nicht ganz beweglichem Fussgelenk. Pat. weigert sich, die passiven Bewegungen weiter machen zu lassen.
No. 13. Rec. 3. Juni 1876. 1 Stunde nach der Verletzung.	Albert Junker, 30 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch des rechten Unterschenkels.	Querbruch der Tibia durch Hufschlag im mittleren Drittel; äussere Wunde 1 Zoll lang, glattrandig. Geringe Blutung.	Typische, afebrile Heilung unter feuchtem Blutgerinnselschorf. Keine Nekrosen. 20. Juni. Geschlossener Gypsverband.	1. August geheilt entlassen; keine Verkürzung.
No. 14. Rec. 30. Juni 1876. 1 Stunde nach der Verletzung	Ernst Wolf, 43 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch des rechten Unterschenkels.	Ueberfahrung mit schwerbeladenem Wagen. Bruch beider Malleolen, Eröffnung des Gelenkes. Abreissung der Haut vom oberen Drittel der Tibia bis zur planta pedis mit weiter Taschenbildung, sehr starke Quetschung der Weichtheile. Ausgiebige Desinfection, auch des Gelenkes, zahlreiche Gegenincisionen, Drainagen.	Gangrän der Weichtheile des Unterschenkels. 3. Juli. Amputatio transcondylica femoris. Typische Heilung per primam intentionem. Keine Nekrosen.	9. August. Amputationswunde verheilt.

No. 15. Rec. 15. Juli 1876. Mehr als 12 Stunden nach der Verletzung.	August Keiler, 23 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch beider Knöchel des rechten Fusses mit Luxation und Eröffnung des Fussgelenks.	Fall beim Turnen; Bruch beider Knöchel; auf der Innenseite $2^1/_2$ Zoll grosse, in das Gelenk dringende Weichtheilwunde. Gelenkende der Tibia steht weit aus der Wunde hervor. Ausgiebige Desinfection auch des Gelenks.	24. Juli. Gefensterter Gypsverband. 2. August. Zersetzung der Secrete, diphtheritischer Zerfall der Granulationen. 3. Aug. Wunde wieder aseptisch. 11. Aug. Wunde granulirt gut. 29. Aug. Wunde vernarbt. 1. September. Consolidation der Fractur. Beweglichkeit im Fussgelenk sehr herabgesetzt. Keine Nekrosen.	Das Fussgelenk wurde allmälig wieder ziemlich gut beweglich.
No. 16. Rec. 29. Juli 1876. 2 Stunden nach der Verletzung.	Ernst Habrecht, 10 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch des rechten Unterschenkels.	Ueberfahrung. Tibia und Fibula in der Mitte quer fracturirt; gequetschte, 1 Zoll lange Wunde. 4 Zoll lange, gerissene Hautwunde an der Innenseite des rechten Kniegelenks; starke Quetschung der Weichtheile. Subcutane Fractur des linken Oberschenkels zwischen oberem und mittlerem Drittel.	Ausgedehnte Gangrän der gequetschten Stelle in der Kniekehle. 30. August. Nachdem die gangränösen Partien der Wunde abgestossen sind und Alles gut granulirt, Angina (ohne diphtheritische Beläge), mit hohem Fieber. 3. September. Granulationen glasig verquollen, einzelne Stellen zeigen diphtheritischen Belag. Unterschenkel ödematös. 4. September. Die Beläge haben an Umfang und Zahl zugenommen; ausgenagte und unterminirte Ränder (ulceröse Form des Hospitalbrandes). Keine Zersetzung, kein Schmerz. 8.—10. September. Erysipel. Erst am 21. September wieder gute Granulationen. 4. November. Fractur consolidirt; es bestehen noch grössere, schwer heilende Granulationsflächen an der Bruchstelle und in der Kniekehle. Transplantation von Hautstücken. Heilung unter feuchtem Blutgerinnselschorf.	2. Febr. 1877. Zwei grosse Sequester stossen sich ab. Nekrosen durch den Hospitalbrand und die Aetzungen (ferrum candens) veranlasst, da vorher der Knochen überall granulirte. 4. März geheilt, mit guter Beweglichkeit in allen Gelenken, ohne Verkürzung, entlassen.
No. 17. Rec. 27. December 1876. 12	Johann Johl, 49 Jahr, aus Berlin.	Splitterbruch der Tibia zwischen mittlerem und unterem Drittel durch		31. März geheilt entlassen, ohne Verkürzung

Stunden nach der Verletzung.	Offener Splitterbruch des linken Unterschenkels.	directe Gewalt. 2 kleine Wunden an der Innenseite, mässige Quetschung der Weichtheile.	15. Januar. Gefensterter Gypsverband. Consolidation etwas verzögert. 22. Februar. Einstechen von langen Lanzennadeln in die weiche Callusmasse. Nach 8 Tagen völlige Consolidation. Keine Nekrosen.	
No. 18. Rec. 4. Juni 1877. 6 Stunden nach der Verletzung	August Werning, 14 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch des rechten Unterschenkels.	Ueberfahrung; 18 Ctm. lange, taschenförmige Ablösung der Haut längs der vorderen Tibiakante, starke Quetschung der Weichtheile. Querbruch der Tibia in der Mitte. Starke Quetschung des rechten Knie- u. des linken Fussgelenks, mit beträchtlichem Erguss in die Gelenkhöhlen.	Aseptischer, fieberloser Verlauf, trotzdem die Ränder der Hautwunde in einer Ausdehnung von etwa 1 Ctm. sich gangränös abstossen. Keine Nekrosen. 1. Juli. Consolidation vollendet. 20. Juli. Alles vernarbt.	23. Juli geheilt entlassen, ohne Verkürzung.
No. 19. Rec. 22. Juni 1877. 1 Stunde nach der Verletzung	Hermann Albrecht, 16 Jahr, aus Friedrichsberg. Offener Bruch des linken Unterschenkels.	Splitterung beider Unterschenkelknochen durch Sturz vom Gerüst, im unteren Drittel. 4 Ctm. lange, scharfgeränderte Wunde an der Innenseite. Starke Dislocation der Fragmente der Tibia, sehr erschwerte Reposition. Debridement der Wunde.	Typischer, wesentlich fieberloser Wundverlauf. 7. Juli. Gefensterter Gypsverband. 3. September. Gypsverband entfernt; Wunde bis auf eine kleine granulirende Stelle vernarbt. 25. Septbr. Feste Consolidation. Keine Nekrosen.	20. Oct. Alles vernarbt, keine Verkürzung der Extremität.
No. 20. Rec. 14. Juli 1877. 12 Stunden nach der Verletzung.	August Haude, $7^3/_4$ Jahr, aus Berlin. Offener Splitterbruch des rechten Unterschenkels.	Ausgedehnte Splitterung der Tibia zwischen mittlerem und unterem Drittel durch Ueberfahren; 2 kleine Wunden an der Innenseite des Unterschenkels, ziemlich bedeutende Blutung.	Typische Heilung, unter feuchtem Schorf. 25. Juli. Wunde verheilt. Geschlossener Gypsverband. Keine Nekrosen.	24. August geheilt entlassen. Verkürzung $^3/_4$ Ctm.
No. 21. Rec 9. October 1877. $1^1/_2$ Stunden nach der Verletzung.	Friedrich Volge, 26 Jahr, aus Berlin. Offener Splitterbruch des rechten Unterschenkels.	Ausgedehnter Splitterbruch beider Unterschenkelknochen zwischen mittlerem und unterem Drittel durch Fall auf eine Steinplatte. 4 Ctm. lange Weichtheilwunde auf der Vorderseite; sehr starke Blutung. Debridement der Wunde.	Typische Heilung unter feuchtem Schorf; Anfang November besteht nur noch eine kleine oberflächlich granulirende Stelle. Consolidation sehr weit vorgeschritten. Keine Nekrosen.	

II. Am 2. Tage nach der Verletzung oder später aufgenommene complicirte Fracturen (7 Fälle).

No. 22. Rec. 19. August 1876. 9 Tage nach der Verletzung.	Gustav Schulze, 22 Jahr, aus Friedrichsberg. Offener Bruch des rechten Vorderarms und der rechten Handwurzelknochen.	Bruch des unteren Endes der Ulna, Zerquetschung der Handwurzelknochen, Eröffnung des Handgelenks durch Ueberfahren. Grosse Lappenwunde der Weichtheile. Bei der Aufnahme Jauchung der Weichtheile und des Gelenks, Exfoliation des Os naviculare. Schwierigkeit den Mund zu öffnen, Schlingbeschwerden. Incisionen, Drainagen, sorgfältige Desinfection, Lister.	23. August. Klonische Krämpfe im rechten Arm. Kieferklemme, Schlingbeschwerden, Krämpfe im Arm nehmen zu, bis 27. August plötzlicher Opisthotonus. Amputatio antibrachii im oberen Drittel. Die tetanischen Krämpfe traten bald von Neuem auf.	28. August, exitus letalis. Section nicht gestattet.
No. 23. Rec. 16. März 1877. 9 Tage nach der Verletzung	Friedrich Schreyer, 40 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch des rechten Vorderarms	Maschinenverletzung. Querbruch der Ulna dicht über dem Handgelenk. Jauchende, stark klaffende Weichtheilwunden an der ulnaren und dorsalen Seite. Vereiterung des Handgelenks. Eiterung in den Sehnenscheiden und im intermuskulären Zellgewebe bis zum Ellenbogen. Hohes Fieber. Versuch der conservativen Behandlung; vielfache Incisionen, Drainagen. Nasser Salicylverband mit permanenter Berieselung.	Wunden fingen an sich zu einigen, da 28. März starke arterielle Blutung aus der Art. brachialis in der Ellenbeuge. — Unterbindung der Art. brachialis in der Mitte des Oberarms. 29. März. Gangrän der Hand und einzelner Partien des Vorderarms. Amputatio humeri im mittleren Drittel. Wundverlauf nicht aseptisch, aber im wesentlichen fieberfrei; starke Eiterung der Amputationswunde in Folge eines in die Tiefe gerutschten Drains. Kleine Stumpfnekrose.	10. Juni geheilt entlassen.
No. 24. Rec. 12. April 1876. Mehr als 24 Stunden nach der Verletzung.	Johann Eitner, 40 Jahr, aus Berlin. Offener Splitterbruch des rechten Unterschenkels.	Ausgedehnter, schusswundenähnlicher Splitterbruch dicht über dem Fussgelenk durch Sturz vom Gerüst und Auffallen eines Kalkkastens; kleine Hautwunde an der Innenseite in der Ausdehnung eines Markstücks. Starke Reaction um die Bruchstelle, 39,0 bei der Aufnahme.	17. April. Gypsverband, der nicht ertragen wurde, entfernt. Starke aseptische Eiterung der Bruchspalte, Ausstossung zahlreicher nekrotischer Knochensplitter. 6. Juni. Entfernung von 9 Sequestern. 2. Juli. Entfernung von weiteren	1. Juli. Die letzte Fistel vernarbt. Verkürzung der Extremität um $2^1/_2$ Ctm. Das Fussgelenk ist später völlig ankylosirt.

		Primäre Entfernung mehrerer loser Knochenfragmente; gefensterter Gypsverband.	9 Sequestern, darunter eines grossen, die Hälfte der Gelenkfläche der Tibia repräsentirenden. Die Consolidation verzögerte sich. 3. October. Exasperation der Fragmente, Gypsverband. 16. Novbr. Weichtheilwunde völlig vernarbt, Consolidation ausgeblieben. Daher Verkürzung der ohne Dislocation geheilten Fibula um 1 Zoll, treppenförmige Anfrischung der Fracturenden der Tibia, Silberdrahtnähte. 6. Januar 1877. Silberdrähte entfernt, gefensterter Gypsverband. 16. Februar. Nach der Abnahme des Gypsverbandes Consolidation noch immer mangelhaft. Einstechen von 34 Insectennadeln in die Pseudarthrose, die 8 Tage liegen bleiben. 9. April. Völlige Consolidation, Bewegungen im Fussgelenk frei; es bestehen noch 2 Fisteln. 28. April. Die letzten Sequester entfernt.	
No. 25. Rec. 1. October 1876. 16 Tage nach der Verletzung	Ludwig Kautz, 50 Jahr, aus Berlin. Offener Bruch des rechten Unterschenkels.	Splitterbruch im mittleren Drittel durch Auffallen eines Balkens. Sehr kleine Wunde, aber starke Quetschung der Weichtheile, die zu beschränkter Hautgangrän führt. Bisher mit einfachem Deckverband behandelt. Starke Eiterung in der Umgebung des Bruchs, vielfache Senkungen zwischen die Muskulatur des Unterschenkels. Incisionen, sorgfältige Desinfection, Drainagen.	Bei ziemlich normalen Temperaturen allmälige Abnahme der anfangs starken Eiterung. 17. Oct. Frost, 40,5, Erysipel, das bis zum 25. abwärts bis zu den Zehen und aufwärts bis zur Hüfte wandert. Unter dem Einfluss desselben seit dem 20. bedeutender Erguss ins Kniegelenk mit heftigen Schmerzen. Kapsel am 23. prall gespannt; am 24. spontane Abnahme des Ergusses, so dass die beabsichtigte Punction leider unterbleibt.	Sectionsbefund: Kniegelenk und Fussgelenk des amputirten Beines voll Eiter. Markhöhle an der Bruchstelle geschlossen, Bruchenden von festen Narbenmassen bedeckt, Mark gesund. In der Umgebung zeigen sämmtliche, noch eiternde Gänge feste schwartige Wandungen. Nir-

			Trotz Abblassens des Erysipels seit dem 25. bleibt unter rascher Resorption des Ergusses im Knie die Temperatur dauernd hoch. Bildung neuer Eitertaschen und Gänge, die am 9. Nov. gespalten werden. Wundsecrete reichlich, aber niemals Verfärbung des Protectiv. 16. Nov. Croupöser Belag der Wunden, der bis zum 20. zunimmt. Umgebung geröthet, Blasen mit gelatinösem Inhalt. Aetzung mit argent. nitric. 21. Nov. Wunden mit geronnenem Serum ausgefüllt, 40,1. Verband mit Solut. plumbi nitrici 1:3. Neue Aetzungen am 24. und 29. mit Plumbum nitricum und Chlorzink (1:8). Am 1. Dec. Evidement und ferrum candens. Trotzdem dauern hohe Temperaturen, trockene Zunge etc. fort. 5. Dec. Amputatio femoris transcondylica. 6. Dec. Marantische Thrombose der Vena saphena u. cruralis sin., Ascites. 7. Dec. Tod.	gends diffuse Eiterung oder Entzündung, Venen gesund. Am Stumpf die Venen mit gesunden, festen Thromben geschlossen. Secundäre Vereiterung des linken Schultergelenks, beider Schleimbeutel unter den Mm. deltoides und eines Fingergelenks. Parenchymatöse Nephritis und Hepatitis, Milzschwellung. Keine Infarcte.
No. 26. Rec. 24. Februar 1877. Etwa 24 Stunden nach der Verletzung.	Johann Wolf, 53 Jahr, aus Schönwalde. Offener Bruch des linken Unterschenkels.	Schiefbruch beider Unterschenkelknochen durch directe Gewalt. Prominenz des oberen Tibiafragmentes aus der 2 Zoll langen Hautwunde auf der Innenseite; äusserste Valgusstellung des Fusses, unteres spitzes Fibulaende neben der Arter. tibial. postica. Sehr hochgradige Muskelspannung. Starke Reaction um die Wunde. Resection der spitzen Fragmentenden.	Oberflächliche Gangrän der Wundränder; aseptischer, im wesentlichen fieberloser Verlauf, mässige Eiterung der Bruchspalte. 23. April. Extraction von 4 grösseren und mehreren kleineren Sequestern. Gefensterter Gypsverband. 13. Mai. 15. Mai. 17. Mai. } Typische Intermittensanfälle, Milztumor; sofort coupirt durch Chinin. Aussehen der Wunde währenddem unverändert.	18. Juli. Letzte Fistel verheilt, Consolidation vollendet.

			12. Juni. Gypsverband entfernt, Consolidation ziemlich vollendet. Ende Juni noch mehrere kleine Sequester ausgestossen.	
No. 27. Rec. 14. April 1877. 6 Wochen nach der Verletzung. Poliklinisch behandelt.	Buchholz, 64 Jahr, aus Erkner. Offener Bruch des linken Unterschenkels.	Querbruch im mittleren Drittel durch Hufschlag; zuerst in einem andern Spital behandelt, das er verliess, weil er auf die vorgeschlagene Amputation nicht eingehen wollte. Oberes Bruchende hat die Weichtheile an der innern Seite perforirt, prominirt $2^1/_2$ Ctm. Sehr grosser Decubitus am Hacken und bis handbreit über denselben; Achillessehne blossliegend, zum Theil nekrotisch. Decubitus am Fussrücken und über der basis ossis metatarsi V. Jauchung der Bruchspalte, Eitersenkung an der Wade, hohes Fieber. Gründliche Desinfection, Drainage, bessere Lagerung.	18. April. Resection eines 3 Ctm. langen Stückes aus der Continuität der Tibia, Knochennaht mit Silberdraht. Fuss an den gesunden Hautstellen an einer mit Collodium befestigten Heftpflasterschlinge aufgehängt (s. Menzel, Centralblatt für Chirurgie 1877, No. 2); ausserdem sehr mühsamer, mehrfach unterbrochener Gypsgitterverband. Heftpflasterschlinge musste die Last des unteren Fragmentes im wesentlichen tragen, da der Hacken und die hintere Seite des Unterschenkels bis über die Bruchstelle hin frei bleiben mussten. — Verband mit Salicyljute (10%) und Salicylwatte (4%).	Sehr bald aseptischer Zustand der Wunde, fieberloser Verlauf. 12. Juni. Silberdrähte nebst 2 kleinen Sägeflächennekrosen entfernt. Ende Juni alles vernarbt, Consolidation vollendet. Verkürzung $2^1/_2$ Ctm.
No. 28. Rec. 3. August 1877. 3 Tage nach der Verletzung	Friedrich Wegener, 55 Jahr, aus Arensfelde. Offener Bruch des rechten Unterschenkels.	Schiefbruch beider Unterschenkelknochen in der Mitte durch Ueberfahren. Etwa markstückgrosse Quetschung auf der Vorderseite. Sehr starke Dislocation der Fragmentenden, grosse Schwierigkeit der Reduction, die nur in der Narkose mit Hülfe des Flaschenzugs möglich. Gefensterter Gypsverband.	Aseptischer Verlauf; starke Eiterung, hochgradige Carboldermatitis. 20. August. Gypsverband entfernt. Volkmann'sche Schiene. Mitte Sept. Eitersenkung nach dem Fusse zu. Incisionen, Drainagen. 17. Oct. Entfernung von 3 corticalen Sequestern. Ende Oct. Wunden bis auf zwei oberflächlich granulirende Stellen verheilt. Consolidation vollendet.	Anfang Nov. Benarbung vollendet. Keine Verkürzung.

(Schluss folgt.)

Zur Wunddrainage

von

Dr. H. Leisrink.

Bei der grossen Bedeutung der Drainage in der modernen Wundbehandlung, sowohl der offenen als der antiseptischen, ist es wohl am Platze, über das Material, aus welchem am besten die Drainröhren herzustellen sind, nachzudenken.

Bis jetzt sind vor Allem Cautschukröhren benutzt, dann solche aus Silber oder Neusilber (Hüter), Zinn (Heiberg), und aus spiralig aufgewundenem Drahte (Ellis).

Die Röhren aus Cautschuk haben zwei grosse Uebelstände. Erstens werden sie in der Wunde leicht geknickt oder zusammengedrückt und zweitens zersetzen sie sich bei längerem Liegen oft schon nach 2—3 Tagen und können dadurch auf die Wunden einen üblen Einfluss gewinnen. Namentlich bei der offenen Wundbehandlung tritt der letztere Uebelstand hervor. Das öftere Herausnehmen des alten und die Einführung eines neuen Rohres ist gewiss nicht in allen Fällen gleichgültig und erwünscht.

Gegen die silbernen und neusilbernen Drainröhren habe ich das grössere Gewicht und die Unmöglichkeit der leichten Reinigung anzuführen. Meines Wissens sind dieselben nur wenig in Gebrauch gezogen. Ueber die von Heiberg (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1871. No. 31) empfohlenen Zinnröhren, sowie die von Ellis (Lancet Juli 24. pag. 115. 1869) empfohlenen Röhren aus spiralig aufgewundenem Draht, habe ich praktische Erfahrungen anderer Chirurgen in der Literatur nicht auffinden können. Ich meine jedoch, dass sie denselben Einwänden, wie die silbernen unterliegen. Um nun Drainröhren zu haben, welche sehr leicht sind, sich nicht zersetzen und mit geringer Mühe zu reinigen sind, habe ich mir solche aus Glas herstellen lassen.

Einfache gläserne Röhren ohne Seitenöffnungen sind schon mehrfach in Gebrauch gezogen, so von Lücke (Krankheiten der Schilddrüse in Pitha und Billroth's Handbuch p. 83), von v. Nussbaum (briefliche Mittheilung) nach Ovariotomien, von Schröder (ebenfalls briefliche Mittheilung) zur Ausspülung des Uterus.

Ich habe bis jetzt nur in einem Falle Gelegenheit gehabt, die Glasdrains zu prüfen, und zwar bei einer Oberschenkelamputation durch einzeitigen Cirkelschnitt bei einem 3jährigen Knaben. Das eingelegte, gläserne Rohr war 3½ Ctm. lang, bei circa 2 Mm. Wanddicke und 8 Mm. Lichtung. Es trug 10 Seitenöffnungen, deren Ränder sorgfältig umgeschmolzen und abgerundet waren. Festgelegt wurde das Rohr durch eine Naht, die zugleich durch die oberste Seitenöffnung gelegt war. Da die Amputationswunde zumeist per primam heilte, liess ich das Rohr nur 3 Tage liegen. Es erfüllte seinen Zweck durchaus befriedigend.

Die Vortheile, welche ich mir von diesen Röhren verspreche, sind folgende:

Eine Zersetzung derselben und dadurch bewirkte Reizung der Wunde ist ausgeschlossen, daher kann man das Drainrohr beliebig lange liegen lassen.

Eine Verhinderung des freien Ausflusses der Wundsecrete durch Knickung des Drain ist unmöglich, ebenso wie bei den metallenen. Dagegen haben die Glasröhren den grossen Vortheil vor den metallenen, dass sie sehr leicht zu reinigen sind und dass man die Reinigung bei den durchsichtigen Wänden stets controlliren kann.

Da man sich solche Röhren in den verschiedensten Grössen und Biegungen anfertigen lassen kann, da sie nach erfolgter Reinigung stets wieder zu benutzen sind, empfehlen sie sich namentlich auch in der Kriegschirurgie, für Transporte Verwundeter und Operirter.

Hamburg, October 1877.

Th. Stretch Dowse. On diphtheritic paralysis.

(The Practitioner 1877. März.)

Nach einigen einleitenden historischen Bemerkungen werden nach Intensität und Localisirung 6 Grade der diphtheritischen Erkrankung unterschieden. Die Frage, ob eine dieser Formen vorwiegend zu paralitischen Nachkrankheiten disponire, wird verneint. Verf. glaubt, dass nicht die Specifität des krankmachenden Agens, sondern die verschiedene Vulnerabilität des Nervensystems in dieser Frage entscheidend sei, obgleich er trotz genauester Untersuchung der Kranken keine objectiven Anhaltspunkte für eine constitutionelle Prädisposition finden konnte.

Die chemische Analyse des Blutes von Diphtheritis-Kranken hat nach Sanné nichts Bestimmtes ergeben. Andral und Gavarret fanden das Fibrin erheblich vermindert, Bouchut die weissen Blutkörperchen auffallend vermehrt.

Nach Sanné findet sich eine auffallende Menge von Trümmern rother Blutkörperchen in der Blutflüssigkeit; daher das Auftreten von Albumen im Harn, welches hier mit einer Vermehrung des Harnstoffs, wie bei anderen Pyrexien, coincidirt. Letzteres ist wichtig, um den Unterschied von dem Urin bei parenchymatöser Nephritis zu constatiren und die urämische Natur der diphtheritischen Paralysen auszuschliessen.

Die Lähmungen treten gewöhnlich nach Schwund des Eiweisses auf, manchmal erscheint das Eiweiss bei eintretender Lähmung wieder.

Nun folgt die genauere Beschreibung des Verlaufs, der Behandlung und des pathologisch-anatomischen Befundes.

Tritt in der Reconvalescenz plötzlich Fieber auf, so ist eine Paralyse zu gewärtigen. Sie befällt entweder eine bestimmte Muskelgruppe, ein ganzes Organ, oder den ganzen Körper. Sie kann wenige Tage bis zu 2 Monaten nach geheilter Diphtheritis auftreten und

ist meist symmetrisch. Die Dauer ist unbestimmt, bei spätem Auftreten ist sie gewöhnlich hartnäckiger.

Die Motilitätsstörungen sind dreierlei Art:

1) Die reine Ataxie, bestehend in einer Läsion der Coordinationscentren für die Bewegung;

2) die atactische Paralyse, characterisirt durch Lähmung bestimmter Muskelgruppen der Extremitäten;

3) die reine Paralyse, welche sämmtliche Muskeln des betreffenden Gliedes auf einmal ergreift und welche complet und incomplet sein kann.

Die Störungen der Sensibilität sind denen der Motilität analog. Sie können die ganze Körperoberfläche betreffen, sind aber meist, wie die hysterischen Lähmungen, auf isolirte Partien beschränkt.

Die Gehirnnerven werden in anatomischer Reihenfolge bezüglich ihrer Theilnahme an diphtheritischen Lähmungen besprochen.

Den Geruchssinn fand Verf. in allen seinen Fällen gestört. Die vorkommenden Sehstörungen beruhen am häufigsten auf Accommodationslähmungen, seltener auf Retinalerkrankungen. Von Augenmuskellähmungen kommt am häufigsten die des Rect. externus vor. Die ausführlichste Besprechung und Illustration durch Beispiele erfahren die Affectionen des Glosso-Pharyngeus, Vagus und Accessorius.

Lähmungen des Glosso-Pharyngeus machen sowohl Dysphagie, wie Dysphonie, Sensibilitätsverlust des Gaumensegels und des Pharynx. Sprünge von einer Seite zur anderen kommen vor. Die motorische Lähmung schwindet oft und hinterlässt eine sensible und umgekehrt.

Störungen des Vagus bringen Alterationen der Respiration und Circulation.

Herzparesen treten oft ein zur Zeit, wo die Extremitätenlähmungen schwinden. Es kommen die verschiedensten Grade vor, von der leichtesten Actionsstörung bis zur vollständigen Lähmung mit plötzlichem Tode. Verf. führt mehrere Autoren an für die Ansicht, dass ebensowohl wie andere localisirte Lähmungen auch solche des Herzens bei Diphtheritis vorkommen könnten.

Verf. hält es auch für wahrscheinlich, dass manche in der Reconvalescenz von Diphtheritis vorkommenden Lungenaffectionen auf eine Lähmung der Stammmuskeln und des Zwerchfells zurückzuführen seien. Er führt 2 dahin gehörige Fälle an.

Die Lähmungen der Extremitäten werden an einem typischen Falle demonstrirt. Ein junger Mensch, der 2 Monate vorher an Diphtheritis gelitten, danach leichte Störungen des Geruchs, Geschmacks und Gehörs gehabt hatte, bekam plötzlich eine motorische und sensible Lähmung, zuerst der Beine und darauf der Arme. Hauttemperatur an den gelähmten Partien niedriger, als an den gesunden. Heilung nach 2 Wochen.

Die Heilung erfolgt meist von selbst, kann aber wesentlich unterstützt werden durch:

1) zweckmässige Ernährung, 2) Ruhe, 3) hypodermatische Injectionen von Strychnin, 4) Electricität.

Die Ernährung soll bei Lähmungen des Gaumens und Rachens durch ein durch die Nase in den Rachen geführtes Rohr geschehen, um das Hinabfliessen in den Kehlkopf zu verhüten und um die erkrankten Muskeln nicht unnöthig anzustrengen.

Dem Strychnin schreibt Verf. eine specifische Wirkung gegen die Lähmungen zu, jedoch nur in Form der subcutanen Injectionen, während es innerlich gereicht ohne jeden Erfolg ist. Er beginnt mit $^1/_{24}$ und steigt allmälig bis zu $^1/_6$ Gran.

Bezüglich der Verbreitung der Lähmungen schliesst sich Verf. den Ansichten Charcot's und Vulpian's an, dass dieselben peripherer Natur seien und sich, etwa in Form eines inflammatorischen Processes, von den Muskeloberflächen und Nervenendigungen aus centripetal fortpflanzen. An den Gaumennerven haben einige Autoren Verlust der Markscheide und Wucherungen des Neurilems beobachtet.

Bei den zahlreichen Ganglienverbindungen zwischen den Gehirnnerven einerseits, und zwischen dem IX., X. und XI. Gehirnnerv und dem spinalen Nervensystem andererseits, liessen sich recht wohl von einer localisirten diphtheritischen Erkrankung des Rachens aus alle complicirten Formen von Lähmungen erklären.

Verf. ist der Ansicht, dass es sich vielmehr um moleculare Störungen und Leitungshindernisse, als um nachweisbare organische Veränderungen in den Nerven handle. **Rinne** (Berlin).

T. Gallard. Traitement des kystes et des abscès du fois.

(Journal de la Therapeutique 1877. IV. Année. No. 13. Juli.)

Als Einleitung zu seiner Abhandlung giebt Verf. einen Ueberblick über die früher gebräuchlichen Behandlungsmethoden der Lebercysten; er verwirft total die directe Incision, weist auf die Nachtheile der Aetzmittelbehandlung hin, zumal wenn es darauf ankommt, schnell zu operiren, bespricht in Längerem die capilläre Punction, die einmal keine Garantie bietet gegen den Austritt von Flüssigkeit in den Peritonealsack, andererseits unbrauchbar ist bei dickem, eiterigem Inhalte, oder bei mit Membranen vermischter Flüssigkeit. Durch verschiedene als Krankengeschichten eingeflochtene Erlebnisse kommt Verf. zu dem Resultate, gleich zur ersten Punction einen weiten Troikart zu benutzen, der keine Nachtheile bringt, wohl aber die Vortheile bietet, dass der Inhalt leichter und rascher entleert wird, und eventuell durch Injectionen oder Aspiration vollständig entfernt werden kann. Vor der Punction brauchen keine Adhäsionen zwischen Cystenwand und Bauchwand vorhanden zu sein, um den Austritt von Flüssigkeit in die Bauchhöhle zu hindern, da sie neben der Kanüle nicht vorbeifliessen kann; dagegen müssen sie vor-

handen sein, wenn die Kanüle entfernt wird. Zu dem Zwecke lässt Verf. dieselbe eine gewisse Zeit liegen, und die Anwesenheit der Kanüle genügt, um in der Umgebung eine adhäsive Peritonitis zu erzeugen. Um zu grossen Reiz der starren Kanüle auf die innere Cystenwand zu vermeiden, ersetzt er dieselbe gewöhnlich schon nach 24 Stunden bis 3 Tagen durch eine weiche, elastische Röhre, durch die der Inhalt noch weiter auszufliessen vermag und Injectionen und Ausspülungen vorgenommen werden können; diese Röhre lässt er im Ganzen so lange liegen, bis die Höhlung geschlossen ist.

Zur Illustration dieses Verfahrens lässt Verf. drei Krankengeschichten folgen: 1) Ein 19jähriges Mädchen, welches seit 4 Jahren an Schmerzen in der linken Seite litt, zeigte einen runden, elastischen Tumor des linken Leberlappens von Apfelgrösse. Mit einem mittelstarken Troikart wurde derselbe punctirt und 180 Kbcm. einer hellen, klaren Flüssigkeit entleert. Die Kanüle wurde mit Faden und Collodium an der Bauchwand befestigt. Am dritten Tage wird die Kanüle durch eine weiche Röhre ersetzt, die am achten Tage nach der Operation entfernt wurde. Zehn Tage nach der Operation wurde Patientin geheilt entlassen.

2) Eine Frau von 45 Jahren, die seit $2^1/_2$ Jahren über Schmerz im rechten Hypochondrium klagte, zeigte in der Lebergegend einen glatten, festen Tumor, der die Seite etwas vorwölbte, zwei Finger breit unter den Rippenbogen herabreichte; deutliches Hydatidenschwirren. Mit einem grossen Troikart wurde am vorspringendsten Punkte die Punction gemacht und 250 Grm. heller, klarer Flüssigkeit abgelassen; es wurde eine Jodinjection in die Höhle gemacht, von der nur wenig wieder abfloss. Es trat eine geringe febrile Reaction und Empfindlichkeit des Leibes danach ein. Tags darauf wurde die Kanüle herausgezogen; Pat. ist nach 10 Tagen aufgestanden und hat sich völlig wohl gefühlt.

3) Eine Frau von 40 Jahren hatte seit 3 Jahren sich krank gefühlt, seit 2 Jahren eine Geschwulst in der Lebergegend bemerkt, die ganze rechte Seite war beträchtlich gewölbter als die linke; die Leber überragte den Rippenrand um 4 Fingerbreiten; keine Fluctuation, doch Hydatidenschwirren. Dicht unter dem Rippenbogen wurde ein grosser Troikart eingestossen und 2000 Grm. krystallhelle Flüssigkeit entleert; die Höhle hatte einen Durchmesser von 22 Ctm. Zwei Tage nach der Punction stellte sich ein geringes Fieber ein, das jedoch nur 48 Stunden anhielt. Am fünften Tage wurde die Kanüle entfernt und durch eine elastische Röhre ersetzt. An den drei ersten Tagen entleerte sich eine geringe Menge blutig-seröser Flüssigkeit, dann guter Eiter. Nach 3 Wochen war der Durchmesser der Höhle nur noch 12 Ctm. gross, dieselbe wurde mit einer schwachen Carbollösung ausgespült. Nach 40 Tagen wurde die Röhre definitiv entfernt, und schloss sich die Wunde nach einigen Tagen.

Boeters (Berlin).

Nepveu. Oligurie et polyurie par action réflexe, d'origine testiculaire.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. No. 9.)

Das Resumé des Aufsatzes, dem 4 Krankengeschichten (dreimal Hydrocele, einmal Epididymitis nach Gonorrhoe) beigegeben sind, lautet:

Der Hoden kann bei gewissen Zuständen (Jodinjection in die Vaginalis, acute und chronische Entzündungen, Traumen und wahrscheinlich auch Hodenneuralgien) der Ausgangspunkt von Reflexen werden, die auf die Urinsecretion wirken.

2) Diese Reflexe, speciell bei den Fällen von Hydrocele, die mit Jodinjection behandelt werden, äussern sich: durch einige Tage dauernde Oligurie, dann folgt Polyurie, schliesslich Rückkehr zur Norm.

Th. Kölliker (Würzburg).

E. Oedmansson. Ueber das chronische Geschwür der weiblichen Harnröhre.

(Nordiskt medicinskt Arkiv Bd. IX. Hft. 3.)

West hat ein chronisches Geschwür der weiblichen Harnröhre beschrieben (Lectures on the diseases of women 1853. p. 203—205), das mit einer Schwellung des vorderen Theiles der Urethra beginnt, die sich dann auf die ganze Länge des Canales ausdehnt; die Gewebe werden rigid, die Harnröhrenmündung ist dilatirt und an ihr beginnt die Ulceration, welche namentlich die obere Wand der Harnröhre einnimmt und zur Zerstörung eines grossen Theiles derselben führen kann.

O. beobachtete in 4 Fällen diese Erkrankung, alle 4 Patientinnen waren Prostituirte, 3 derselben hatten an Syphilis gelitten. Trotzdem glaubt Verf., dass das Leiden nicht als ein syphilitisches zu betrachten ist, sondern hält es für einen chronisch entzündlichen Process, verbunden mit beträchtlicher Hyperplasie des Epithels.

West vertritt in diesem Punkte die entgegengesetzte Ansicht.

Th. Kölliker (Würzburg).

W. A. Wilson. Remarks on the treatment of chronic inversion of the uterus.

(Glasgow med. Journ. 1877. Juli.)

In früheren Zeiten bestand die Behandlung der chronischen Inversion des Uterus fast lediglich in der Entfernung des ganzen Organs. Nach Einführung der Anaesthetica hat man mehrfach von der forcirten Taxis Erfolge gesehen. Tyler Smith publicirte im Jahre 1856 ein neues Behandlungsverfahren, darin bestehend, dass mittelst eines in die Vagina einzulegenden Colpeurynters ein constanter Druck auf den invertirten Uteruskörper ausgeübt wird, während zugleich mehrmals täglich manuelle Repositionsversuche gemacht werden.

In Fällen, wo diese Methoden erfolglos sind, ist von verschie-

denen Seiten die Incision des den invertirten Uteruskörper constringirenden Cervixringes, der gewöhnlich das grösste Repositionshinderniss bietet, vorgeschlagen und von Barnes 1869 zuerst mit Erfolg ausgeführt worden.

Nach dieser Methode operirte auch Verf. Die Frau hatte vor 16 Monaten bei Lösung der adhärenten Placenta eine Inversion acquirirt. Repositionsversuche aller Art waren vergeblich.

In Knie-Ellenbogenlage wurde die Scheide mit Sims'schen Speculis dilatirt, der Uterus heruntergezogen und mit einem gekrümmten Bistouri 3 longitudinale $^3/_4$" lange und $^1/_4$" tiefe Incisionen in den Cervix gemacht. Hierauf gelang die Reposition leicht. Dauernde Heilung.

Thomas (New-York), welcher diese Operation ebenfalls ausführte, musste sie wegen unstillbarer Blutung unterbrechen. Er ermöglichte die Reposition später durch Erweiterung des Cervicalringes mittelst eines Handschuh-Weiter ähnlichen Dilatators.

Zum Schluss werden zwei von Duncan derartig operirte Fälle citirt, von denen der eine glücklich verlief, während bei dem anderen die Reposition nicht gelang.

Es sind also von 5 Fällen 3 erfolgreich, 1 erfolglos operirt, bei 1 wurde die Operation wegen Blutung nicht zu Ende geführt.

Rinne (Berlin).

C. Langenbuch. Die Drainage des puerperalen Uterus.
(Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. II. Hft. 1. p. 83.)

W. Schülein. Ueber intrauterine Injectionen mit Carbolsäurelösungen im Wochenbett.
(Ebendas. p. 97.)

C. Richter. Ueber Ausspülungen der Gebärmutterhöhle mit Carbolwasser und über Salicyl-Behandlung im Wochenbett.
(Ebendas. p. 126.)

In den drei Arbeiten spricht sich der Wunsch aus, die bei antiseptischer Behandlung erreichten günstigen Resultate in der Chirurgie auch durch eine ähnliche Behandlung bei den Erkrankungen der Wöchnerinnen zu erzielen. Langenbuch ist der erste gewesen, der die Drainage des Uterus angewendet hat. Im Anfang 1874 behandelte er eine Frau in dieser Weise, die mit hochgradiger Endometritis et Metritis puerp. septica in seine Behandlung kam. Der Erfolg war ein günstiger. Ja, schon im J. 1872 hat Verf. bei einer von ihm entbundenen Frau prophylaktisch den Uterus drainirt, nachdem die Placenta mühsam mit vielleicht nicht ganz antiseptischen Fingern gelöst war. Verf. schliesst, dass die Drainage des Uterus, ohne denselben zu reizen und krank zu machen, geeignet ist, eine entzündliche Affection desselben ziemlich schnell zu beseitigen, resp.

zu deren Beseitigung wirksamst beizutragen. Sie befördert den Abfluss des Secretes und ermöglicht eine leicht auszuführende, ungefährliche Ausspülung des Uterus. Endlich führt Verf. aus, dass auch bei schon bestehender septischer Infection die Drainage von Nutzen sei, indem nach regelmässiger Entfernung des Wundgiftes von der Uterusinnenfläche neue Invasionen desselben in das Gewebe verhindert würden und so Heilung eintreten könne.

Schülein (Univers. Entbindungs-Anstalt zu Berlin) machte bei 206 von 287 Entbundenen gleich nach der Geburt eine prophylaktische, 3procentige Carbolirrigation. Im Puerperium wurden die Irrigationen bei Verdacht einer Infection fortgesetzt (Temperatur über 38,5, besonders mit frequentem Puls). S. benutzte in den ersten Tagen die Hildebrandt'schen Glasröhren, später einen Katheter à double courant. Von 287 Entbundenen erkrankten 81, d. h. 28,2%, es starben 7, oder 2,4 %, doch unter diesen nur eine an Sepsis nach Sectio caesarea. Von den 81 Erkrankten wurde nur bei 26 der Uterus nicht ausgespritzt. Verf. hält danach die Injectionen für unschädlich bei gehöriger Vorsicht, ja für geeignet, die Todesfälle durch Infection, ebenso wie die Anzahl der schweren Erkrankungen zu vermindern.

Aehnlich sind Richter's Resultate. Auch er liess (durch die Hebamme!) prophylaktisch Injectionen besonders nach schweren, lang dauernden Geburten machen. Er empfiehlt bei häufigeren Injectionen schwächere, 2procentige Carbollösungen; bei 3 % trat leicht Carbolharn auf. Auch er hält die Injectionen für schmerzlose und ungefährliche Eingriffe. Bemerkenswerth ist, dass er zugleich eine Salicylbehandlung einleitete, indem er zuerst grössere Dosen von Natr. salicylicum (2,0 Gr.), in der Folge als weniger unangenehme Erscheinungen hervorrufend, kleinere Dosen (0,5 mehrmals täglich) gab. Seine Resultate sind sehr günstige. Mortalität 1,6% aller Entbundenen, 4,83% aller mit Ausspülungen Behandelten.

Benicke (Berlin).

H. Kraussold. Sarcom des N. medianus; Resection eines 11 Ctm. langen Stückes; keine Sensibilitätsstörungen.

(Archiv f. klin. Chir. 1877. Bd. XXI. Hft. 2.)

Bei einem 5½jährigen Knaben hatte sich angeblich nach einem Drucke in 10 Monaten eine Geschwulst am rechten Oberarm entwickelt; welche sich im Sulcus bicipit. intern. vom Epicondylus med. bis ins obere Drittel des Humerus erstreckte. Sie war etwa hühnereigross, spindelförmig, bot das Gefühl der Fluctuation, war leicht unter der Haut verschieblich. Sensibilität und Motilität des Arms waren nicht gestört. Heinecke exstirpirte den bröcklichen, gelatinösen Tumor, der unmittelbar mit seinen Wandungen in den N. medianus überging. Der Nerv wurde zwei bis drei Finger breit vor der Axilla durchschnitten; auch in der

Ellenbeuge musste der Medianus durchschnitten werden. — Nach der Operation zeigte sich die Sensibilität vollkommen intact; von Motilitätsstörungen liess sich nur die fehlende Beugung der Endphalangen des Zeigefingers, welche Pat. übrigens gut verdecken konnte, constatiren. — Mikroskopisch erwies sich der Tumor als ein Sarcom.

Verf. erläutert an dem Falle sehr eingehend die Nervenvertheilung am Vorderarm und hebt, ebenso wie Richet, Létiévant u. A. hervor, dass die zahlreichen Anastomosen zwischen den 3 Vorderarmnerven zur Erklärung der fehlenden Sensibilitätsstörung herangezogen werden müssen. **Maas** (Freiburg i/B.).

Kleinere Mittheilungen.

P. Caseneuve. Valeur des injections sous-cutanées de sang pour demonstrer la transformation de l'hémoglobine en pigments biliaires et urinaires.

(Gaz. des hôpitaux 1877. No. 59.)

Nach Injectionen von defibrinirtem Blut und von Haematin das in einer Lösung von kohlensaurem Natron verwendet wurde, in das subcutane Gewebe von Kaninchen, konnte im Harne weder Bilirubin, noch eine Vermehrung von Urobilin nachgewiesen werden. Es schien, als ob von den Injectionsstellen aus absolut kein Blutfarbstoff resorbirt würde. C. glaubt, dass der Grund hierfür an dem Mangel einer entzündlichen Reizung des Gewebes bei diesen Experimenten liege, und dass daher dieselben durchaus nicht mit den Vorgängen bei der Resorption von Blutextravasaten durch Trauma zu analogisiren seien.

Winiwarter (Wien).

H. Hesse. Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Chinin.

(Inaug.-Diss. Göttingen 1875. Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 19.)

Bekanntlich hat zuerst Binz auf Grund der Annahme, dass der Keuchhusten eine infectiöse Krankheit sei und gestützt auf andere aus seinen Untersuchungen gezogene Schlüsse, das Chinin dagegen empfohlen. H. hat auf Anregung Ebstein's die in Göttingen mit dem Chinin bei Keuchhusten erzielten Resultate zusammengestellt. Nach H. leistet das Chinin beim Keuchhusten die besten Dienste, nicht coupirend, wie bei der Malaria, aber es kürzte die Dauer der Krankheit in manchen Fällen ab, hauptsächlich aber verminderte es die Zahl und die Intensität der Anfälle. **H. Tillmanns** (Leipzig).

C. Sauer. Die Einwirkungen von Zunge und Wange resp. Zunge und Lippe auf Zahnfleisch und Kiefer.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 13.)

S. verlegt den Sitz des nicht selten nach Zahnextraction auftretenden Nachschmerzes in das Zahnfleisch. Letzteres wird in Folge des Druckes von Seiten der Zunge oder Wange über die knöcherne Kante der leeren Alveole verschoben, entzündet sich nach und nach und zwar unter zuweilen sehr hochgradigen Schmerzen. In derselben Weise ist die Schmerzhaftigkeit des Zahnfleisches bei losen Wurzelstümpfen zu erklären, auch hier und in ähnlichen anderen Fällen (scharfe Zahnkanten unter dem Zahnfleischrande, im Zahnfleisch befindliche fremde Körper, Brüche der Alveolen, scharfe Knochenränder nach Resection der Alveolen) reizen die scharfen Ränder das Zahnfleisch zu einer zuweilen sehr schmerzhaften Entzündung und Wucherung. Eine der Ursache entsprechende Medi-

cation schafft leicht Linderung, z. B. Ausstopfen der leeren Alveole mit Watte, Ueberkappen der Alveole, Schnitt in den Zahnfleischrand der Alveolarkante entsprechend, Scarification etc. Auch der Schmerz beim Durchbruch der Weisheitszähne und vielleicht bei Kindern in der Dentitionsperiode lässt sich nach S. auf ähnliche Erscheinungen von Seiten des Zahnfleisches zurückführen.

H. Tillmanns (Leipzig).

Hegar. Exstirpation des Uterus und der Eierstöcke durch die Laparotomie. Anteflexio uteri. Metritis und Oophoritis chronica. Heftige Menorrhagien und Schmerzen. Reflexneurosen.

(Wiener med. Presse 1877. No. 14 und ff.)

Eine 31jährige ledige Dame, stets unregelmässig menstruirt, leidet seit ihrem 17. Jahre an einem äusserst quälenden rauhen Husten, der zur Zeit der Periode auftritt. Später traten Menorrhagien auf; die Pat. ist von vielen Gynäkologen fruchtlos behandelt worden; eine vorübergehende Erleichterung wurde im 26. Lebensjahre durch ein kleines Gummipessarium erzielt. Gegenwärtig tritt die profuse Menstruation alle 3 Wochen ein und dauert 8—9 Tage, während dieser Zeit sind heftige Schmerzen vorhanden, Pat. ist unfähig zu gehen, leidet an Schlaflosigkeit und beständig an bellendem Husten. Portio vaginalis etwas verdickt, mässiger Katarrh des Cervix, Uterus verdickt, im rechten Winkel anteflectirt, empfindlich; linkes Ovarium vergrössert. Durch Insufflationen von Gummi arabicum (von Thiry empfohlen) gelang es für je 24 Stunden den Husten vollkommen zu beseitigen, ebenso waren alle Beschwerden mit einem Schlage verschwunden, als H. einen Intrauterinstift applicirte, der jedoch wegen der heftigen localen Reizung nicht vertragen wurde. 3—4 Stunden nach seiner Entfernung war der Husten wieder da. Die Kranke wollte um jeden Preis geheilt sein, und da offenbar in der Lageveränderung des Uterus die Ursache der quälenden Symptome zu suchen war, diese aber auf keine Weise dauernd gebessert werden konnte, entschloss sich H. zur Exstirpation des Uterus und der Ovarien. Um eine möglichst starke Dehnung der Befestigungsbänder des ersteren zu erzielen und bei der Operation den Uterusstumpf stark hinaufziehen zu können, wurden Kautschukblasen in die Vagina eingelegt, so dass 8 Tage später der Fundus bis etwa 4 Ctm. unter dem Nabel elevirt war. In der Narkose wurde dann die Laparotomie in gewöhnlicher Weise vorgenommen, der Uterus und seine Adnexe vorgezogen, die Ovarien mit Catgut abgebunden und abgeschnitten und der Cervix mit einer Drahtligatur gefasst und abgeschnürt, nachdem zwei Lanzennadeln durchgeführt worden waren, um das Zurücksinken des Stumpfes zu verhüten. Die Bauchwunde wurde dann geschlossen und der Stumpf in das untere Ende ohne Zerrung eingefügt. Verband mit Chlorwasser und Watte. Nach der Operation kein Erbrechen, aber Schmerzen im Kreuz und im Hypogastrium, die nach einigen Tagen, besonders auf eine ausgiebige Darmentleerung, verschwanden. Der Stumpf zog sich trotz der Lanzennadeln immer mehr in einen tiefen Trichter zurück, auf dessen Grunde sich am 14. Tage zwei Eiter entleerende Oeffnungen zeigten, aus denen in der 4. und 5. Woche die Catgutligaturen mit etwas necrotischem Gewebe ausgestossen wurden. Vom Momente der Operation an war der Husten verschwunden, $1^1/_2$ Monate später wurde Pat. geheilt entlassen; die Menstruation ist nicht wiedergekehrt, doch treten noch Congestionen in periodischen Abständen auf, sonst ist das Befinden ein ausgezeichnetes. **Winiwarter** (Wien).

Dorfwirth. Interessanter Verlauf einer Hernia incarcerata, veranlasst durch Spulwürmer.

(Wiener med. Presse 1877. No. 30.)

Bei einem 31jährigen Manne traten Einklemmungserscheinungen einer Inguinalhernie auf; derselbe erbrach wiederholt Spulwürmer; die vorliegende Darmschlinge fühlte sich mit länglichen wurmförmigen Körpern vollgestopft an. Erst am 5. Tage nach der Incarceration wurde die Herniotomie ausgeführt und im

Bruchsacke eine ganz mit Spulwürmern angefüllte, intensiv blauroth gefärbte Dickdarmschlinge vorgefunden. Reposition, Aufhören der Incarcerationssymptome. Acht Tage später abermals Erbrechen von Spulwürmern, Auftreibung und Empfindlichkeit des Bauches, ohne wahrnehmbare Einklemmung. Nach Entleerung vieler Spulwürmer per rectum trat Erleichterung ein. 14 Tage nach der Herniotomie kamen plötzlich durch die fast geschlossene Operationswunde einige lebende Spulwürmer zu Tage, welchen Entleerung von Darminhalt folgte. Durch 6 Tage floss derselbe, reichlich Würmer enthaltend, aus, dann schloss sich die Wunde; der Mann war bald geheilt. Es waren während des ganzen Verlaufes niemals Symptome einer Peritonitis vorhanden gewesen. **Winiwarter** (Wien).

Landouzy. Des hernies vésicales inguino-scrotales.

(Soc. anat.; séances de nov. 1876.)

(Progrès méd. 1877. No. 5.)

Nach der gewöhnlichen Annahme ist bei gleichzeitig bestehender Cystocele und Enterocele erstere das Primäre; durch die Knickung der Blase wird die hintere Blasenwand im Bruch zur vorderen, es entsteht dadurch an der jetzt nach vorn gekehrten hintern Blasenwand ein Bruchsack, in den Eingeweide hineingedrängt werden können. In einem Fall von Marchant war das Zeitverhältniss der Entstehung ein umgekehrtes: die Enterocele bestand seit 40 Jahren, Blasenerscheinungen waren erst seit ungefähr 12 Jahren vorhanden. War im Bruch der Darm gefüllt, dann konnte die Blase keinen Urin aufnehmen, es bestand Incontinenz; war dagegen der Darm leer, dann füllte sich die vorgelagerte Blase, konnte sich aber nicht entleeren, es trat also Retention ein. — In Betreff des Mechanismus der Entstehung der Cystocele stellt L. 2 Hypothesen auf: entweder hat der Darmbruch bei seiner beträchtlichen Vergrösserung das hinter der Bruchpforte liegende und auf den Vertex übergehende Peritoneum und mittelst dieses den retrovesicalen Theil des Peritoneums und damit die Blase selbst hervorgezerrt; oder es haben sich in Folge der häufigen Reductionen des Bruchs Verklebungen gebildet zwischen dem gereizten Bruchsack und der Blase, und beim Wiederhervortreten der Darmschlinge ist die Blase mit hervorgezogen. **Petersen** (Kiel).

Ollier. Hématocèle de l'Epididyme.

(Bulletin de la Soc. de Chirurg. 1876. No. 8.)

O. theilt einen Fall von Hämatocele der Epididymis mit, der Tillaux Anlass zur Erörterung giebt, ob die Cyste sich im Epididymiscanale, oder im Zellgewebe um den Nebenhoden herum entwickelt habe. Die Frage sei wichtig, da im ersten Falle die Function des Hodens aufgehoben wäre.

Nicaise meint es handle sich in O.'s Falle um Blutcysten im Kopfe des Nebenhodens, deren Entstehungsweise anolog jener der Hämotocele vaginalis sei.

Guyon hat 3 Mal Epididymiscysten in Hämatocelen sich umbilden sehen. Jedesmal waren es Geschwülste von Faustgrösse und der Hoden war gesund und ausserhalb der Cyste geblieben. Im 1. Falle ergab die Punction eine dunkle, dickliche Flüssigkeit; die 2. Punction zeigte wenig veränderte Blutbestandtheile, es ging in diesem Falle die Umbildung des Tumors in eine Hydrocele vor. — Die 2 anderen Pat. wurden mit Drainage behandelt; der eine ward complet geheilt; beim 2. erfolgte eine heftige Phlegmone, in Folge einer vehementen Injection in die Drainröhre; es erfolgte Exit. letalis.

Larrey erwähnt folgenden Fall: Ein 22jähriger Soldat hatte im Kopfe des linken Nebenhodens einen Tumor von der Grösse des Hodens der gesunden Seite. Der Tumor war weich, schmerzlos, nicht durchscheinend. Da lange zuvor eine leichte Contusion dieser Gegend stattgehabt hatte, dachte L. an eine Blutcyste.

Die Punction liess Serum mit Blut abfliessen. Darauf Jodinjection. Heilung.

Fr. Steiner (Wien).

Roretz. Elephantiasis scroti. Operation, Heilung.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 22.)

Verf. hat in Nangoja in Japan eine bedeutende Elephantiasisgeschwulst des Hodens abgetragen und gute Heilung erzielt. Jedoch bietet der Fall mehr Interesse durch die localen Umstände, unter welchen R. zu operiren gezwungen war, als an sich selbst. **v. Mosengeil** (Bonn).

N. Rosanow. Resectio humeri mit günstigem Erfolge.

(Mosk. med. Gaz. 1876. No. 44, russisch.)

Fabrikarbeiterin, 17 Jahr, gut genährt, seit 4 Jahren an Caries des Schultergelenks leidend — Resection mit vorderem Schnitt, Entfernung eines $2^1/_2''$ langen Stückes des Humerus. Wunde bis auf den unteren Winkel vereinigt, Gypsverband in spiralförmigen Touren applicirt. Der Verlauf bot nichts Abnormes; nach 7 Monaten war vollständige Vernarbung und schliesslich gute Bewegungsfähigkeit des Armes eingetreten. **W. Grube** (Charkow).

E. L. Huney. Case of popliteal aneurism in the left leg, cured by pressure.

(Medical times and gazette 1877. Juli 28.)

Ein Eisenbahnbeamter von 36 Jahren, dem Verf. schon 1873 ein Aneurysma der Art. poplitea dextra durch Compression geheilt, kommt Anfang 1877 mit der gleichen Affection des linken Beins. Tumor von der Grösse eines Hühnereies; blasendes Geräusch an der Herzspitze und über der Aorta. Pat. sonst gesund. 3. März Tourniquet über der Art. femoralis in der Mitte des Oberschenkels, Pulsation verschwand nicht ganz, Tourniquet nach 24 Stunden entfernt. 12. März 8 Stunden lang Sandsack von $5^3/_4$ Pfd. auf die Art. iliaca externa unterhalb des Lig. Poupartii. Grosse Schmerzen, Pulsation verschwand nicht ganz. Hierauf längere Zeit Befestigung des Unterschenkels an den Oberschenkel mit Beugung im Knie. Pulsation verschwand nicht. 19. März forcirte Compression des Tumor mit Binden und Compressen; wird wegen hochgradiger Schmerzen nicht ausgehalten. 26. März Schrotbeutel von $11^1/_2$ Pfund auf die Arterie unterhalb des Lig. Poupartii, anfangs mit, dann ohne Beugung der Extremität im Knie. Nach 16 Stunden Verschwinden der Pulsation, Abnahme des Gewichtes. Pulsation kehrt zurück, nach achtstündiger Compression für immer verschwunden. 18. April Pat. geheilt entlassen; Pulsation in den Art. tibiales noch nicht nachweisbar. **H. Wildt** (Berlin).

Tillaux. Présentation de malades. Traitement du »Genu valgum«.

(Bulletin de la Société de Chirurgie 1876. No. 7 et 8.)

T. stellt einen 15jährigen, kräftigen Burschen, ohne jede Spur einer rhachitischen Erkrankung der Knochen, vor, an welchem er wegen hochgradiger Verkrümmung der untern Extremitäten die orthopädische Operation nach Delore's Vorgange gemacht hatte. Wenn die Knie sich berührten, so waren die Malleolen 20 Ctm. von einander distant. T. machte das Redressement in 2 Sitzungen, mit einer Pause von 3 Monaten dazwischen; das Resultat war sehr gut.

Er beschreibt die Operation, welche wir als den Lesern bekannt voraussetzen dürfen.

Den Einwürfen Forget's und Marc Sée's entgegen, welche die Operation nicht für ungefährlich ansehen, und es nicht zugeben wollen, dass man darüber im Unklaren bleiben dürfe, was gelegentlich bei einem derartigen Redressement gebrochen worden sei, — bemerkt T., dass man letzteres nicht stets gleich bestimmen könne. Zuweilen sei es die Epiphyse des Femur, zuweilen jene der Tibia; ein fataler Umstand wäre höchstens das Zerreissen eines Gelenkligamentes, da hierauf

die Folgen einer Distorsion zu bekämpfen wären. Es sei jedoch wohl bekannt, dass in solchen Fällen eher die Knochen als die Ligamente nachgeben. Was die Wirkung orthopädischer Apparate bei obiger Difformität anlange, so sei dieselbe über das 7.—8. Lebensjahr hinaus, wie er gleich Delore glaube, ganz unwirksam. Die weitere Discussion bringt nur Wiederholungen bekannter Anschauungen.

Fr. Steiner (Wien).

F. Jordan. A case of excision of the os calcis and the astragalus.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 841. Clinic. Soc.)

Bei einem 15jährigen Mädchen bestand Caries des Calcaneus, mehrfache Auslöffelungen hatten keinen bleibenden Erfolg. Als sich neue Fistelgänge bildeten in der Richtung zum Astragalus hin, machte J. mittelst eines äusseren convexen Hautschnitts die Ausschälung beider Knochen. Die Heilung war eine vollständige; das Os naviculare und das Os cuboid. waren durch Muskelzug unter die Malleolen gerückt und Pat. konnte mittelst eines Schutzapparates ohne Beschwerde gehen. Verf. wirft die Frage auf, ob es wünschenswerth sei, nach Exstirpation des Os calc. und astrag. die erste Reihe der Fusswurzelknochen unter die Unterschenkelknochen zu bringen und ob bestimmte Operations- oder Verbands-Methoden dieses leicht bewirken könnten! In der Discussion sprechen sich Maunter, Gant und Watson für frühzeitige Exstirpation bei vorgeschrittener Caries aus. Ersterer empfiehlt das Os calc. durch Hautschnitt an der Innenseite zu entfernen, damit die Narbe nicht in die Fusssohle komme und fürchtet, dass die Fusswurzelknochen der ersten Reihe, gelagert unter den Unterschenkelknochen, durch diese abnormen Druckverhältnisse leicht cariös werden könnten. **Pilz** (Stettin).

Zur Berichtigung. Ich habe in der kurzen Mittheilung: Zur Ausschneidung des Bruchsackes nach v. Nussbaum, Centralblatt für Chirurgie No. 35, folgenden Satz geschrieben: »Der durch Onanie sehr herabgekommene Kranke ging an einer Gangrän des Scrotum und der Bauchdecken bis zum 6. August zu Grunde.«

Diese Worte hat Herr Schede in seinen Mittheilungen zur Frage von der Radicaloperation der Unterleibsbrüche, Centralblatt für Chirurgie No. 44, folgendermassen interpretirt: »L. Mayer's Hypothese, dass diese Gangrän der Ausdruck einer durch Onanie geschwächten Constitution gewesen sei, ist wohl kaum ernsthaft gemeint.«

Ich enthalte mich jeder weiteren Erörterung und überlasse es getrost dem geschätzten Leser, ob er aus meinen Worten diese Hypothese herausfinden kann.

München, den 7. November 1877.

Dr. **Ludwig Mayer.**

Vorstehender Recrimination des Herrn L. Mayer gegenüber kann ich nur mein lebhaftes Bedauern ausdrücken, dass ich seine Meinung falsch verstanden habe. Indessen darf ich wohl darauf hinweisen, dass der auf den von L. Mayer oben wörtlich angeführten Satz unmittelbar folgende Passus: »Trotz des lethalen Ausganges spricht auch dieser Fall für die Operation, denn eine Peritonitis war nicht vorhanden und eine derbe Narbe des Peritoneums nachweisbar« und die schliesslich ausgesprochene Erwartung, dass seine Mittheilung auch andere Collegen zu dieser Operation auffordern werde, dem Leser kaum eine andere Auffassung gestatten, als dass Herr L. Mayer die tödtliche Gangrän nicht als Folge der Operation angesehen wissen will. Denn ob der Tod nach einem operativen Eingriff an Gangrän oder an Peritonitis erfolgt, dürfte doch wohl für die Beurtheilung der Gefahr desselben gleichgültig sein. —

M. Schede.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 48. Sonnabend, den 1. December. 1877.

Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des Berliner städtischen Krankenhauses im Friedrichshain.

III. Die complicirten Fracturen
vom October 1875 bis October 1877.

Von

Dr. H. Wildt,
Assistenzarzt.

(Schluss.)

Bei der Aufstellung der eben gegebenen Uebersicht sind zunächst alle diejenigen Fälle unberücksichtigt geblieben, wo die ursprüngliche Verletzung eine derartige war, dass die betreffenden Extremitäten primär amputirt resp. exarticulirt werden mussten, nämlich eine grössere Anzahl von Maschinenverletzungen, Eisenbahnüberfahrungen und totalen Zermalmungen ganzer Extremitäten; ferner mehrere Fälle, in denen allerdings auch complicirte Fracturen vorlagen, in denen die Patienten aber, wenige Stunden nach der Auf-

nahme, der eine an Gehirnblutung in Folge einer Fractur der Basis cranii, die andern an Zerreissung der grossen Unterleibsdrüsen und Blutung in die Bauchhöhle zu Grunde gingen. Beide Reihen von Fällen haben, wie Volkmann in der überzeugendsten Weise auseinandersetzt (Klin. Vorträge 117—118, p. 952 und 953), für die Beurtheilung der Frage nach der Gefährlichkeit und Mortalitätsziffer der complicirten Fracturen gar keine Bedeutung. Die Dignität von Verletzungen der ersten Art richtet sich in der Regel nicht nach dem Zustand der betreffenden Knochen, sondern nach dem der Weichtheile, und bei den letzteren Fällen tritt die complicirte Fractur den anderweitigen schweren Verletzungen gegenüber in den Hintergrund. Für den Verlauf, die Heilungsdauer und vor allen Dingen für die Entscheidung der Frage, welchen Einfluss eine Methode der Behandlung auf den Verlauf der complicirten Brüche hat, können sie gar nicht herangezogen werden; denn die ersteren hören mit dem Eintritt in die Behandlung auf, complicirte Fracturen zu sein und rangiren unter den Amputationen und Exarticulationen, und auch die letzteren kommen als complicirte Fracturen gar nicht zur Beobachtung; dass sie in den betreffenden Fällen den Tod verursachen und deshalb nicht weggelassen werden sollten, wird wohl Niemand behaupten wollen. Dass endlich die Fälle, in denen intermediär resp. secundär amputirt werden musste, in der gegebenen Uebersicht mitgerechnet wurden, bedarf nach den ausführlichen Auseinandersetzungen Billroth's und Volkmann's über diesen Punkt keiner weiteren Erklärung.

Von den 28 Fracturen betrafen:

2	den Oberarm,
7	den Vorderarm,
2	den Oberschenkel,
17	den Unterschenkel,
Sa. 28.	

19, also über zwei Drittel, waren durch directe Gewalt, zum grösseren Theil durch Ueberfahren veranlasst und mit bedeutender Quetschung der Weichtheile, Ablösung der Haut etc. verbunden. 9 verdankten ihre Entstehung indirecter Gewalt. 11 waren zum Theil mit sehr ausgebreiteter Splitterung vergesellschaftet.

Dass das Lebensalter auf den Verlauf der complicirten Brüche ebenso wenig Einfluss bei unseren Patienten, wie bei denen Volkmann's hatte, geht daraus hervor, dass die fünf ältesten über fünfzig Jahre alten Patienten, darunter drei zwischen sechzig und siebenzig, ebenso zur Heilung kamen, wie die überwiegende Mehrzahl der jüngeren.

Wohl aber übte einen grossen Einfluss auf den Verlauf die Zeit aus, die zwischen der Verletzung und der Einleitung der antiseptischen Wundbehandlung verflossen war. 21 von den 28 Fracturen wurden in den ersten vierundzwanzig Stunden nach der Verletzung, sämmtlich in einem Zustande aufgenommen, wo noch keine bedeu-

tendere Reaction um die Fraturstelle eingetreten war. Diese 21 Fälle unterscheiden sich so wesentlich von den 7 übrigen, die später, zum Theil erst nach ziemlich langer Zeit in die Behandlung traten, dass ich mich veranlasst sah, beide gesondert zusammenzustellen.

Die 21 ersten Fälle kamen sämmtlich zur Heilung; nur 2 von ihnen mussten wegen eintretender Gangrän intermediär amputirt werden (No. 3 und 14). Die übrigen heilten fast sämmtlich, ohne dass es zu Eiterungen in der Bruchspalte gekommen wäre, unter dem feuchten Blutgerinnselschorf. Nur bei dreien gelang diese typische Heilung nicht, bei No. 11, wo wahrscheinlich unter dem Einfluss der eingetretenen Gangrän der gequetschten Haut das ursprüngliche Coagulum zerfiel, und bei No. 15 und 16, wo der Wundverlauf durch Diphtheritis complicirt wurde (cfr. weiter unten). Bei diesen 21 Fällen kam es nur einmal, in dem Falle Lehmann (No. 11) zur Nekrosenbildung an den Bruchenden, wahrscheinlich auch dies unter dem Einfluss der Gangrän der gequetschten Hautpartie. Die Nekrose, die sich bei dem Patienten Habrecht (No. 16) entwickelte, ist offenbar nur auf den später hinzugekommenen Hospitalbrand resp. auf die vorgenommenen energischen Aetzungen zu schieben, da der Knochen vor diesem Ereigniss überall gut granulirte.

Ganz anders stellen sich diese Verhältnisse dar bei den 7 Fällen, die später als vierundzwanzig Stunden nach der Verletzung, schon mit deutlich ausgesprochener Reaction, mit hohem Fieber etc. in die Behandlung kamen. 2 von diesen 7 Fällen, sehr schwer und äusserst vernachlässigt, endeten letal. Der Fall Schultze (No. 23), eine ausgedehnte Zerquetschung der rechten Hand mit offenem Bruch des unteren Endes der Ulna, Zertrümmerung der Handwurzelknochen und Eröffnung des Handgelenks kam mit verjauchtem Gelenk, weitgehenden Senkungen am Vorderarm und schon deutlich ausgesprochenem Trismus am neunten Tage nach der Verletzung in die Behandlung. Während sich der Zustand der Wunden besserte, traten tetanische Krämpfe hinzu und Patient starb, trotzdem die Amputation des Vorderarms sofort nach dem Ausbruche des Tetanus unternommen wurde, unter fortdauernden tetanischen Krämpfen. — In dem Falle Kautz (No. 25) erfolgte der Tod durch Septikämie; dieselbe ging aber, wie deutlich aus dem Obductionsbefunde erhellt, nicht von der Fracturstelle aus. Die Markhöhle des fracturirten Knochens war geschlossen, das Mark, die Venen um die Bruchstelle gesund, nirgends diffuse Eiterung oder Entzündung, vielmehr scheint sie sich hier aus dem Erysipel und der Wunddiphtherie, welche sich in diesem Falle einstellten, entwickelt zu haben, worüber weiter unten das Nähere auseinandergesetzt werden soll. — Auch die 5 übrigen Fälle (No. 23, 24, 26, 27, 28) unterscheiden sich in ihrem Verlaufe wesentlich von den ersten 21. Zwar wurden die Secrete, selbst wenn sie bei der Aufnahme stark zersetzt waren, immer bald aseptisch. Aber niemals gelang bei ihnen eine Heilung unter dem feuchten Schorf. Dem Patienten Schreier (No. 23), der am 9. Tage, nach-

dem er sich durch eine Maschinenverletzung einen offenen Bruch der Ulna zugezogen hatte, mit jauchender, stark klaffender Wunde und weitgehenden Senkungen am Vorderarm aufgenommen wurde, musste, als die Wunde schon anfing, sich zu reinigen, wegen Blutung aus der Arteria brachialis dieselbe am Oberarm unterbunden und als hierauf Gangrän der Hand und des Vorderarms eintrat, der Oberarm amputirt werden. Bei den 4 anderen Fällen kam es zu reichlichen, aber im wesentlichen aseptischen Bruchspalteneiterungen und im Anschlusse hieran zu theilweis sehr ausgedehnten Nekrosenbildungen der Bruchenden, welche die Heilung bedeutend verzögerten, in einem Falle sogar (No. 28) zu einer, wenn auch nicht bedeutenden Eitersenkung nach dem Fusse hin führte. — Grosse Gelenke waren in unseren Fällen 7 Mal, also in einem Viertel derselben geöffnet und zwar:

Handgelenk 2 Mal (No. 3 und 22),
Ellenbogengelenk 1 Mal (No. 6),
Fussgelenk 4 Mal (No. 12, 14, 15, 24).

In beiden Fällen, in denen das Handgelenk eröffnet war, kam es zur Amputation des Vorderarms, aber in beiden trug die Eröffnung des Gelenkes nicht die Schuld daran. Im Fall Wichert (No. 3) wurde sie veranlasst durch die in Folge der schweren Quetschung eintretende Gangrän der Weichtheile der Hand und im Falle Schulze (No. 22) durch den Tetanus.

Im Falle Opitz (No. 6) hatte die Ulna einen offenen Querbruch im mittleren Drittel erlitten und fand sich ausserdem noch eine complicirte Luxation des Capitulum radii nach innen. Ist diese Vereinigung schon bei der analogen, subcutanen Verletzung eine sehr missliche, in dem eben durch den Bruch der Ulna die Stütze für die Retention des luxirten Radius genommen ist, so verdoppelte sich die Schwierigkeit in unserem Falle durch das Hinzukommen der Weichtheilwunde. Da sich alle übrigen Mittel, die Retention des Radiusköpfchens zu erzwingen, als erfolglos erwiesen, wurde es secundär resecirt. Pronation und Supination stellten sich in vollkommen normalen Grenzen wieder her, Beugung und Streckung nur bis zu einem Winkel von 90, resp. 130°.

Das Fussgelenk war 4 Mal eröffnet. In dem Falle Wolf (No. 14) kam es zur Amputation des Oberschenkels; aber auch hier nicht wegen der Gelenkeröffnung, sondern weil die Weichtheile des Unterschenkels durch die ursprüngliche Verletzung lebensunfähig geworden waren und gangränescirten. Von den 3 übrigen Patienten, die conservativ behandelt werden konnten, verliess Kalet (No. 12) die Anstalt mit nicht ganz gut beweglichem Gelenk, weil sie die passiven Bewegungen und die Massage nicht ertragen wollte; über das schliessliche Endresultat ist uns nichts bekannt. Die Patienten Keiler (No. 15) und Eitner (No. 24) wurden mit sehr gut beweglichem Fussgelenk entlassen. Ueber das fernere Schicksal der Ersteren ist

uns ebenfalls nichts bekannt; das Gelenk des Eitner wurde später fast vollkommen ankylotisch.

Unter 23 offenen Knochenbrüchen (die 5 Secundäramputationen abgerechnet) wurde 3 Mal verzögerte oder mangelhafte Consolidation beobachtet, und zwar ausschliesslich am Unterschenkel. 2 von diesen Fällen (No. 10 und 17) betreffen Splitterbrüche, die unter dem feuchten Blutgerinnselschorf heilten; im ersten Falle genügte eine Erneuerung des Gypsverbandes, um die definitive Consolidation herbeizuführen, im letzteren wurde dieselbe durch Einstechen von langen, lanzenförmigen Nadeln in den weichen Callus zu Stande gebracht. Es scheint, dass in diesen beiden Fällen das Minimum von Reaction, welches eine typisch heilende offene Fractur darbietet, nicht genügte, um Callus in ausreichendem Maasse zu produciren, wie das schon von Volkmann erwähnt wird. — Bei dem Patienten Eitner (No. 24) aber war die Pseudarthrosenbildung bedingt durch Interposition von Weichtheilen zwischen die Fracturenden, welche durch die reichliche Nekrosenbildung der Bruchenden und den dadurch entstehenden Defect in der Tibia begünstigt wurde. Die Consolidation konnte in diesem Falle erst durch Resection der zu lang gewordenen Fibula, treppenförmige Anfrischung der Bruchenden der Tibia, Knochennaht und später noch durch Einstechen von Lanzennadeln erzielt werden.

Betrachten wir etwas näher die vorgenommenen 5 Intermediär- resp. Secundäramputationen, so unterscheiden sich zuvörderst die Fälle Wichert (No. 3) und Wolf (No. 14) wesentlich von den übrigen. In beiden Fällen lagen neben den offenen Knochenbrüchen schwere Quetschungen der Weichtheile vor; trotzdem wurde im Vertrauen auf die antiseptische Wundbehandlungsmethode die primäre Amputation unterlassen und erst später, als sich deutlicher herausstellte, dass die gequetschten Gewebe nicht mehr lebensfähig waren, wurde ohne Schaden für die Patienten die Amputation des Vorderarms resp. des Oberschenkels am 4. resp. 5. Tage nach der Verletzung ausgeführt. Beide Amputationswunden heilten per primam intentionem. Diese beiden Fälle bestätigen also, was auch aus der Volkmann'schen Statistik hervorgeht, dass Fälle von »verunglückter conservativer Behandlung«, d. h. Fälle, die eigentlich primär hätten amputirt werden müssen, in denen aber die conservative Behandlung versucht wurde, nicht unglücklicher verlaufen, wenn sie später zur intermediären Amputation kommen, als wenn sie frisch nach der Verletzung amputirt worden wären. Die antiseptische Wundbehandlungsmethode befähigt uns also, ohne Schaden für die Patienten in zweifelhaften Fällen immer erst noch einen Versuch der Conservirung der Extremität zu machen, ein Experiment, welches in früheren Zeiten für höchst gefährlich, ja für einen Kunstfehler gehalten werden musste. — Die 3 übrigen Fälle, die secundär amputirt wurden, waren erst am neunten bis sechzehnten Tage nach der Verletzung in einem sehr vernachlässigten Zustande zur Behandlung gekommen. Es sind dies

die Patienten Schreyer (No. 23), Schulze (No. 22) und Kautz (No. 25). Der erstere bekam, wie schon oben erwähnt, am 12. Tage nach seiner Aufnahme eine starke Blutung aus der Art. brachialis in der Ellenbeuge. Als die Art. brachialis am Oberarm deswegen unterbunden wurde, trat Gangrän der Hand und des Vorderarms ein und machte die Amputation des Oberarms nothwendig. Pat. kam zur Heilung; die Wunde heilte aber nicht per primam, es entwickelte sich eine kleine Stumpfnekrose und wenn auch der Umstand, dass hier ein Drainrohr in die Wunde hineingeschlüpft und vergessen war, etwas dazu beigetragen haben mag, dass der Wundverlauf nicht so ganz glatt war, so war das doch sicher nicht die Hauptsache; vielmehr scheint mir der Zustand der Gewebe, die durch die schon wochenlang in der Nachbarschaft bestandene Jauchung mit septischen Stoffen in Berührung gekommen waren, die prima intentio verhindert zu haben. — Patient Schulze (No. 22) ist der Fall, der mit Trismus und verjauchter Wunde aufgenommen unmittelbar nach dem ersten Anfall von Opisthotonus amputirt wurde, aber am nächsten Tage unter fortdauernden tetanischen Krämpfen starb. Das Aussehen der Wunde hatte sich, wie oben erwähnt, schon wesentlich gebessert, als der Starrkrampf dem Leben ein Ende machte. Bei dem Patienten Kautz (No. 25) endlich erfolgte der Tod unter so eigenthümlichen Umständen, dass weiterhin ausführlich davon die Rede sein soll.

Von 3 wirklichen Secundäramputationen kam also bei uns nur 1 Fall zur Heilung, während die beiden anderen letal endeten.

Auf den ersten Blick scheint unsere Statistik daher weit hinter der Volkmann'schen, der von 8 Secundäramputationen keine einzige verlor, zurückzustehen. Aber bei genauerer Prüfung der Fälle kann eigentlich nur der Patient Schreyer (No. 23) mit den Volkmann'schen Fällen verglichen werden und dieser kam, wie schon gesagt, zur Heilung. Der Fall Schulze (No. 22) bestätigt eben nur die alte Erfahrung, dass zu Verletzungen, besonders vernachlässigten, der Hand leicht Tetanus hinzutreten kann und dass die Amputation den letalen Ausgang in diesen Fällen in der Regel nicht aufhält. Für die Entscheidung der Frage, ob die antiseptische Verbandmethode, wie vor den anderen Wundkrankheiten, so auch vor Trismus und Tetanus Schutz gewähre, kann dieser Fall selbstverständlich nicht herangezogen werden, da schon Trismus bestand, als er in Behandlung kam. Beiläufig will ich nur erwähnen, dass im städtischen allgemeinen Krankenhaus im Friedrichshain bis jetzt keiner von beiden bei von Anfang an gelisterten Wunden zur Beobachtung kam.

Einer besonderen Besprechung bedürfen die 3 Fälle von Hospitalbrand, welche bei den Kranken Keiler (No. 15), Habrecht (No. 16) und Kautz (No. 25), dem zweiten letal verlaufenen, auch secundär amputirten Falle beobachtet wurden. Denselben gesellte sich noch ein 4. Fall zu, welcher ein 10jähriges Mädchen mit Re-

sectio coxae betraf. Ausser bei diesen 4 Kranken ist in den zwei Jahren vom Oct. 1875—1877 eine Nosocomialgangrän im Krankenhause nicht vorgekommen; in allen 4 Fällen entstand dieselbe aber unter dem Lister'schen Verband. Die vier Erkrankungen drängen sich zwar zeitlich ziemlich eng zusammen, schliessen sich aber keineswegs direct eine an die andere an. Die Wundkrankheit befiel Keiler vom 2. bis 5. Aug., Habrecht vom 3. bis 21. Sept., Kautz vom 18. Nov. bis 7. Dec. und endlich die Patientin Augsburg mit Resectio coxae (23. Nov. 1876) vom 7. bis 23. Dec. (Chlorzink, Ferrum candens, Heilung). Von diesen Patienten lagen nur Habrecht und Kautz in demselben Pavillon (IX), dagegen Keiler (Pav. VII) und Augsburg (Pav. I) jeder in einem anderen, wurden von anderen Assistenzärzten behandelt und von anderen Wärtern gepflegt, hatten ihre eigenen Instrumente etc. Zwischen der Genesung Keiler's und der Erkrankung Habrecht's liegt ein Zwischenraum von vier, zwischen der von Habrecht und Kautz ein solcher von acht Wochen, so dass an eine Verbreitung der Krankheit durch Contagion ln diesen Fällen nicht wohl gedacht werden kann. Die Erkrankungen der beiden zuletzt befallenen Patienten Kautz und Augsburg liegen sich allerdings zeitlich näher, indem bei der letzteren der Hospitalbrand gerade am Todestage des ersteren zum Ausbruch kam. Aber gerade diese beiden Kranken befanden sich in zwei an entgegengesetzten Enden unseres grossen Terrains gelegenen Pavillons, so dass hier eine directe Uebertragung am allerunwahrscheinlichsten wird.

Was nun den Verlauf der einzelnen Fälle betrifft, so muss es im höchsten Grade auffallend erscheinen, dass nur die Wunde des Keiler einen Tag lang eine leichte Zersetzung der Secrete zeigte, die der übrigen aber während der ganzen Dauer der Nosocomialgangrän vollkommen aseptisch blieben. Dieser letztere Umstand, welcher ebenso wie die oben mitgetheilten mustergültigen Resultate unserer Wundbehandlung den Verdacht einer mangelhaften Ausführung des antiseptischen Verbandes ausschliessen muss, ist vielleicht der stärkste Beweis sowohl dafür, dass das Hospitalbrandgift ein von den gewöhnlichen Fäulnissproducten verschiedenes, specifisches ist, als auch dass der Lister'sche Verband nicht unter allen Umständen vor demselben zu schützen vermag. In beider Hinsicht werden also die durch Heine in seiner bekannten Arbeit (Pitha-Billroth I, 277 etc.) ausgesprochenen Ansichten durch unsere Erfahrungen bestätigt. Auf der anderen Seite wird man es aber wohl dem Lister'schen Occlusivverbande zu danken haben, dass es bei den vier isolirten Erkrankungen sein Bewenden hatte und dass mit grösster Wahrscheinlichkeit in keinem Falle eine Uebertragung der Krankheit von einer Wunde auf die andere vorkam.

Die Möglichkeit, dass eine von schwerem Hospitalbrand befallene Wunde aseptisch verlaufen kann, ist an sich eine Thatsache von höchstem Interesse, indem man wohl annehmen darf, dass die Wirkungen des Hospitalbrandgiftes in solchen Fällen ganz isolirt und

unvermischt in die Erscheinung treten. In der That unterschied sich das Aussehen der Wunden und ihrer Umgebung in unseren Fällen nicht unwesentlich von dem, was übereinstimmend bisher von den Autoren als characteristische Begleiterscheinungen des Hospitalbrandes geschildert wurde. Mit Ausnahme von 1 oder 2 Tagen bei dem Patienten Kautz fehlte jede Röthung und Schwellung der Wundränder; die 3 schwerer Erkrankten waren ferner die ganze Zeit über ohne Schmerzen und nur der am leichtesten erkrankte Keiler, dessen Wunde aber auch einen Tag Zersetzung zeigte, klagte vorübergehend über vermehrte Empfindlichkeit der Umgebung. Endlich blieben die Wundsecrete bei jenen dreien völlig geruchlos. Bei dem Patienten Kautz beschränkten sich die örtlichen Symptome zur Zeit der vollen Entwickelung der Krankheit auf eine Ausfüllung der ganzen Wunde mit gerinnender Lymphe, während in fast unmerklicher Weise, wenn ich so sagen darf, durch eine Art exfoliatio insensibilis, die Fisteln und Taschen sich erweiterten und die Wunde an Umfang zunahm. Dabei blieb aber immer der Grund derselben von einer festen, fibrösen Beschaffenheit, ganz ähnlich, wie man es bei dem Ausschaben scrophulöser Hautgeschwüre zu sehen bekommt, nirgends kam es zu einer diffusen, fortschreitenden Entzündung oder Ulceration. In welchem Verhältniss in diesem Falle das Erysipel zu dem Hospitalbrand stand, ob es mit ihm in directen Zusammenhang zu bringen ist oder ob beide Krankheiten nur zufällig denselben Patienten befielen, wage ich nicht zu entscheiden. Mir scheint in Anbetracht des langen Zwischenraums zwischen dem Auftreten beider (Erlöschen des Erysipels am 25. Oct., Beginn des Hospitalbrandes am 18. Nov.) das letztere wahrscheinlicher. In diesem Falle würde der Tod wohl auch mehr auf Rechnung des Erysipel zu setzen sein, welches bei seinem Fortschreiten über Knie- und Fussgelenk einen eiterigen Erguss in beide veranlasste, durch dessen rasche Resorption Fieber und secundäre Eiterungen erklärt werden — während der Sectionsbefund der Wunde und ihrer Umgebung nicht den geringsten Anhalt für die Annahme gewährte, dass von hier aus der Anlass zu secundären Eiterungen gegeben werden konnte. Der Fall würde dann in dieser Hinsicht mit der Volkmann'schen Beobachtung Loss' (s. Volkmann, Die Behandlung der complicirten Fracturen, klin. Vorträge 117 u. 118, p. 938 und Beiträge zur Chirurgie, p. 101) in Parallele gestellt werden können.

Schliesslich mag noch hervorgehoben werden, dass bei dem Patienten Habrecht ein viertägiges hohes Fieber den ersten Veränderungen an der Wunde vorausging, während die am ersten Krankheitstage vorhandene leichte Entzündung der Tonsillen und der Pharynxschleimhaut schon am zweiten Tage verschwunden war. Die auch von Heine ventilirte, aber verneinte Frage, ob nicht das Hospitalbrandgift eventuell auch auf anderem Wege als durch die Wunde aufgenommen werden und ob die Allgemeinaffection nicht der localen vorausgehen könne, drängte sich dem Beobachter hier unwillkürlich

auf. Wenn man, wie Heine will, das Hospitalbrandmiasma als identisch oder wenigstens sehr nahe verwandt mit dem Diphtheritisgift ansieht, würde man consequenter Weise wohl diese Möglichkeit zulassen müssen. Indessen hat sich bei unseren ja sehr wenig zahlreichen Beobachtungen ein Zusammenhang des Hospitalbrandes mit Rachendiphtheritis niemals ergeben, indem diphtheritiskranke Kinder Jahr aus Jahr ein aufgenommen werden, gerade aber in dem chirurgischen Frauenpavillon, in welchem sie untergebracht sind, niemals eine Hospitalbranderkrankung vorgekommen ist.

Die Technik der Behandlung der complicirten Brüche ist auf der Abtheilung des Herrn Dr. Schede im wesentlichen dieselbe, wie sie Volkmann in seiner Schrift über diesen Gegenstand angegeben hat. Kommen offene Fracturen zur Aufnahme, so werden dieselben auch bei uns direct in das Operationszimmer gebracht und dann zunächst narkotisirt, um die gründlichste Reinigung und Desinfection der Wunden und ihrer Umgebung zu ermöglichen. Mit Seife, Bürste und Rasirmesser und dann mit 5 % Carbollösung wird die fracturirte Extremität gereinigt, mit derselben Carbollösung dann die Coagula aus der Wunde entfernt. Ist letztere zu klein, um eine genaue Untersuchung des Zustandes der Bruchenden mit dem Finger zu gestatten, so wird sie erweitert. Lose, von Periost entblösste Knochensplitter werden sofort entfernt, spitze, in die Weichtheile sich einbohrende Fragmentenden resecirt, heraushängende Weichtheilfetzen abgetragen; dabei fortwährend durch den Strahl der Carbollösung jedes alte Coagulum selbst aus den tiefsten Buchten der Wundhöhle herausgespült. Bei taschenförmigen Ablösungen der Haut (z. B. in den Fällen No. 14 und 18) werden an dem Grund der Tasche reichliche Gegenöffnungen angelegt. Jeder Recessus wird sorgfältig drainirt, die Wundränder, nachdem sie wenn nöthig mit der Scheere geglättet sind, bis auf die Drainöffnungen durch Suturen geschlossen. Sämmtliche Proceduren werden unter Carboldampfspray (1,5 % Lösungen von Phenolum absolutum) vorgenommen. Zunächst auf die Wunde kommen dann, mit Aussparung der Drainröhren, um jede Möglichkeit einer Retention der Secrete auszuschliessen, Stückchen von Protectiv silk zu liegen, darüber reichliche Bäusche von zusammengeballter Lister-scher Gaze und darüber erst das eigentliche achtlagige Lister'sche Verbandstück. Die Verbandstücke werden ziemlich reichlich genommen, an den Enden mit Salicylwattelagen (4 %) umgeben, um den Zutritt der Luft so vollkommen als möglich auszuschliessen und dann das Ganze mit in Carbollösung getauchten Binden aus neuer Gaze, die noch die Appretur enthält, befestigt. Indem die Gazebinden beim Trocknen aneinander kleben, bekommt der ganze Verband das Aussehen und die Eigenschaften eines leichten Kleisterverbandes. Dieser Verband immobilisirt an sich schon in den meisten Fällen von Fracturen an Vorderarm und Unterschenkel, wie Volkmann hervorhebt, sehr schön. Um vollständige Retention und Immobilisirung zu erreichen, wurden von uns bei den Fracturen des Unterschenkels

die Volkmann'schen ⊥-Schienen, bei denen des Vorderarms die von eben demselben angegebenen Supinationsschienen (modificirte Watson'sche Schienen) angewandt und in allen Fällen ausgezeichnet bewährt gefunden. Die beiden Fracturen des Oberschenkels (No. 8 und 9) wurden mit permanenter Extension behandelt, der eine bis zu Ende; in dem anderen, wo es sich um einen Querbruch dicht über dem Kniegelenk handelte, wurde, nachdem die äussere Wunde verheilt war, ein Gypsverband in halbgebeugter Stellung des Unterschenkels angelegt, weil das untere Fragment durch den Zug der Gastrocnemici nach hinten umgedreht wurde, was durch die Extension nicht genügend ausgeglichen werden konnte. Beide Fälle heilten ohne Verkürzung. — Von den beiden Fracturen des Oberarms wurde der Patient Maire (No. 1), bei dem es sich um einen Querbruch dicht über dem Ellenbogengelenk handelte, auf einer Supinationsschiene behandelt, der Patient Grenz (No. 2), Querbruch in der Mitte, musste am zweiten Tage wegen grosser Unruhe einen gefensterten Gypsverband bekommen. Beide heilten ohne Difformität oder Functionsstörung. Die weitere Behandlung der complicirten Fracturen, der Zeitraum und die Indicationen zum Wechsel des Verbandes stimmen auf der Abtheilung des Herrn Dr. Schede vollständig mit den von Volkmann aufgestellten Principien überein. In 3 von den angeführten Fällen wich die angewandte Verbandmethode von der gewöhnlichen ab. In dem Fall Wichert (No. 3) wurde ursprünglich nach der früher im städtischen allgemeinen Krankenhaus üblichen Methode ein Salicylwatteverband angewendet, aber nur 4 Tage lang; als dann wegen eintretender Gangrän der Hand der Vorderarm amputirt werden musste, wurde wieder streng gelistert. In dem Fall Buchholz (No. 27) und dem Fall Schreyer (No. 23) wurde ebenfalls der typische Verband nicht angewendet. Beide Patienten kamen, der erstere 6 Wochen, der zweite 9 Tage nach der Verletzung mit ausgebreiteten Jauchungen, hohem Fieber etc. in die Behandlung. Der Lister'sche Occlusivverband ist nun erfahrungsgemäss in vielen Fällen nicht im Stande, intensiv septische Wunden aseptisch zu machen, er ist überhaupt seinem Wesen nach in erster Linie nicht ein desinficirender, sondern ein die Infection verhütender, ihr vorbeugender Verband. Wenn man jauchende Wunden, namentlich der Knochen, noch so gut mit concentrirten Lösungen von Chlorzink, Carbolsäure oder anderen desinficirenden Substanzen reinigt und dann den antiseptischen Occlusivverband anlegt, wird man häufig nicht im Stande sein, bald einen aseptischen Zustand der Wunde zu erzielen; ja man kann es erleben, dass bei etwas reichlicherer Secretion durch den fest angelegten Verband die zersetzten Secrete in die Gewebe hineingepresst werden und Fröste, hohes Fieber etc. bewirken. Für solche Fälle eignet sich nach unseren Erfahrungen am besten die Behandlung mit der permanenten antiseptischen Berieselung, oder, wo diese nicht möglich ist, mit sehr oft gewechselten, in desinficirende Lösungen getauchten Compressen. Diese Behandlungsmethode wird auf der

Abtheilung des Herrn Dr. Schede jetzt ausschliesslich bei ähnlichen Fällen, z. B. auch grossen, jauchenden Phlegmonen, in Anwendung gezogen und hat auch bei den beiden, oben erwähnten Patienten die besten Dienste gethan: die Wunden reinigten sich bald, das Fieber verschwand und die Secretion wurde aseptisch (auch No. 22 würde jetzt so behandelt werden).

Es erübrigt noch, ein paar Worte über die Verwendung der Gypsverbände bei unseren complicirten Fracturen hinzuzufügen. Bei vier Fällen wurde gleich anfangs ein gefensterter Gypsverband angelegt. Es sind dies zunächst Grenz (No. 2) und Kalet (No. 12); beide Male nur aus dem Grunde, weil die Patienten sehr unvernünftig und empfindlich waren und sich nicht ruhig verhielten. Bei dem Pat. Eitner (No. 24) schien die ganz enorm ausgedehnte Splitterung des Unterschenkels den Gypsverband zu erheischen und bei dem Patienten Wegener (No. 28) die Unmöglichkeit, sonst die Bruchstücke in irgend befriedigender Weise reponirt zu erhalten. Sonst wurden, wie schon oben auseinandergesetzt, unsere Fälle auf Schienen behandelt, eine Methode, die, wie auch Volkmann hervorhebt, allein zur strengen Durchführung der antiseptischen Wundbehandlung geeignet ist, da die Fenster der Gypsverbände stets nur die unmittelbare Umgebung der Wunde in den antiseptischen Verband mit aufzunehmen gestatten. — Wenn die Secretion einer complicirten Fractur geringer geworden ist, dann werden auch auf unserer Abtheilung gefensterte Gypsverbände, die ja auch für die Patienten etwas bequemer sein mögen — wenigstens bei den Brüchen des Unterschenkels — regelmässig angelegt.

In den vorstehenden Zeilen hoffe ich einen Beitrag zu der Erkenntniss geliefert zu haben, dass wir in dem antiseptischen Occlusivverband ein Mittel besitzen, die Gefahren, die von einer complicirten Fractur drohen, nicht nur vollständig zu vermeiden, wenn dieselbe frisch in die Behandlung kommt, sondern auch die Heilung in schnellerer Zeit, als früher und ohne Functionsstörung zu Stande zu bringen; vernachlässigte Fälle freilich werden auch in künftigen Zeiten immer noch zum Tode führen können, und erst dann wird die Statistik der complicirten Fracturen keinen Todesfall in Folge der Fractur an sich mehr zu verzeichnen haben, wenn die Erkenntniss, dass von der frühestmöglichen Einleitung der antiseptischen Behandlung der glückliche Ausgang abhängt, sich allerseits Bahn gebrochen haben wird.

Golding-Bird. Statistics of Amputations.

(Guy's Hospital Reports 1876. Bd. XXI.)

Eine Statistik der Amputationen, in welcher die Rubrik »Behandlung« fehlt, ist heutzutage von nur zweifelhaftem Werthe, auch wenn sie tausende von Nummern umfasst. Gleichwohl sei die folgende referirt, da sie durch ihre Differenzirung betreffs der Ursachen und der Zeit der Amputation sich auszeichnet, und immerhin Gelegenheit

bietet, ein grosses, nicht antiseptisch behandeltes Material, dem antiseptisch behandelten gegenüberzustellen.

Die Statistik erstreckt sich über die respectable Menge von 859 Amputationen aller Gliedmassen, welche in dem Zeitraum von 1845 bis 1874 ausgeführt wurden.

Die Resultate von 1845—1859, an 300 Fälle, sind bereits von Bryant in Transactions of the medico-chirurgical society Bd XIII veröffentlicht. Verf. nimmt dieses Material hinzu, behält aber in einigen Tabellen die Theilung bei, interessante Rückblicke werfend auf Mortalität und auf die Fortschritte der conservativen Behandlung.

Tabelle I umfasst Bryant's Amputationen 1845—1859.

Tabelle II die Amputationen von 1860—1874.

Tabelle III alle Amputationen von 1845—1874. (30 Jahre einer Hospitalpraxis.)

Tabelle IV, V, VI zeigen die Mortalität in den 3 wichtigsten Lebensabschnitten, vor dem zwanzigsten, nach dem zwanzigsten, und nach dem vierzigsten Lebensjahre. Sie umfassen nur die Fälle von 1860 bis 1874, da Bryant's statistische Zusammenstellung hierzu nicht zu verwerthen war.

Die Amputationen sind eingetheilt in 1) Primäramputationen, d. h. solche, die in den ersten 24 St. nach dem Unfall; 2) Secundäramputationen, solche, die nach Ablauf der ersten 24 St. gemacht wurden; 3) pathologische oder durch Krankheit veranlasste; 4) Zweckmässigkeitsamputationen, wegen Deformitäten, Geschwülsten etc.

Unter der Rubrik: »Unterschenkel« sind auch die Amputationen im Knie, unter »Vorderarm« die im Ellenbogen- und Handgelenk zu finden. Besonders classificirt sind die Amputationen wegen acuter Vereiterung, die Doppelamputationen, sowie die Reamputationen.

Ein Vergleich der Tabellen I und II ergiebt nun, dass die Gesammtzahl der operirten Fälle in den letzten 15 Jahren grösser ist, wie in den ersten. Dabei wird man kaum vermuthen, dass die Totalsumme der Sterbefälle auch um $^1/_3$ grösser ist, da doch gerade die letzten Jahrzehnte in Bezug auf Behandlung und hygieinische Verhältnisse erhebliche Fortschritte aufzuweisen haben. Der Grund dieser Steigerung der Sterbefälle ist unschwer zu finden. Ein vergleichender Blick auf die beiden Tabellen zeigt bei den Primäramputationen eine gleiche Procentzahl, bei den Secundär- und Zweckmässigkeitsamputationen eine so geringe Differenz, dass hieraus das Plus nicht erklärt werden kann. Dagegen findet sich bei den pathologischen Amputationen die Sterblichkeit in den letzten 15 Jahren mehr als verdoppelt. Hier hat, wie der Verf. meint, die Resection das Gebiet der Amputation erheblich beschränkt und es fallen der letzteren eben nur noch die desolatesten Fälle zu. Gestützt wird diese Ansicht dadurch, dass die Amputation des Oberschenkels und des Oberarms ganz besonders hohe Mortalität in Tabelle II zeigt, da hier am häufigsten die Resection — des Knies oder des Ellenbogens —

der früheren Abnahme des Gliedes substituirt wird. Für die ebenfalls hohe Mortalitätsziffer der Unterschenkelamputationen zieht Verf. die jetzt mehr cultivirte Conservativ-Behandlung zur Erklärung heran. Auch hier kämen heutzutage nur die schlimmsten pathologischen Fälle zur Amputation, während ausgedehnte Geschwürsprocesse durch Hauttransplantationen etc. noch mit Erhaltung eines brauchbaren Gliedes geheilt würden.

Die Gesammtzahl aller traumatischen Fälle ergab folgende Procentzahlen:

1845—1859: geheilt 55, † 45 oder 45 %
1860—1874: - 122, † 112 - 47,8 %

Tabelle III giebt die Resultate von 859 Fällen und lehrt, dass die Reihenfolge der Mortalitätsprocente aller Amputationen in allen Altern ist: Pathologische 21,1 %, Zweckmässigkeitsamputationen 26,8 %, Primäre 43,3 %, Secundäre 56,3 %.

Amputationen der unteren Extremitäten übertreffen, die seltene Exarticulation der Schulter ausgenommen, die der oberen an Mortalität, so zwar, dass sie 10 % höher stehen.

Ein gleiches Resultat ergiebt die Statistik von Le Fort (Médecine opératoire par Malgaigne, 8. Ausg. von Le Fort, p. 504) aus den Jahren 1861—1863.

	Guy's Hospital 1845—1874	Pariser Hospital 1861—1863
Oberschenkel	35,6 %	67,6 %
Unterschenkel	35,7 -	61,9 -
Oberarm	26,3 -	54,0 -
Vorderarm	16,7 -	33,3 -

Die grössere absolute Sterblichkeit ist von Le Fort selbst auf die schlechtere Nahrung und den Mangel besserer hygieinischer Einrichtungen bezogen worden. Die Totalsumme der traumatischen Amputationen beträgt in den 30 Jahren 334. Es starben 157 = 47 %.

Tabelle IV, V, VI zeigen, dass die Sterblichkeit bei den Primäramputationen mit dem Alter steigt, so zwar, dass der Procentsatz der Todesfälle in jeder der beiden letzten Perioden (20—40, 40—†) beinahe doppelt so gross ist, wie in der betreffenden vorhergehenden.

Secundäroperationen sind weniger gefährlich in der Periode 20—40, als vorher und nachher. Indessen ist der Unterschied zwischen den beiden ersten Perioden geringer, als zwischen den beiden letzten.

Pathologische Amputationen sind vor dem 20. Jahre weniger gefährlich. In den beiden letzten Perioden bleibt sich die Mortalität ziemlich gleich.

Zweckmässigkeitsamputationen sind vor dem 20. Jahre um 15 % gefährlicher, als später.

Die Totalsterblichkeit bei Amputationen wächst mit jeder Periode um 10 %. Zum gleichen Resultat war Holmes gelangt. Die Totalsterblichkeit aller traumatischen Amputationen verdoppelt sich fast in

jeder folgenden Periode. In dem Zeitraume 1860—1874 starben unter den wegen Trauma primär oder secundär Amputirten

zwischen 0—20 Jahren	13 von 53	=	24,5 %
- 20—40 -	39 - 95	=	41,1 %
- 40—† -	60 - 86	=	69,7 %

Diese Zahlen ergeben für die Jugend nicht die grösste Sterblichkeit, wie Malgaigne seinerzeit behauptete: »Aucun âge n'y résiste moins que l'enfance«.

Wegen acuter Eiterung im Kniegelenk wurden im letzten Zeitraume 3 Oberschenkelamputationen im 32., 22. und 15. Lebensjahre vorgenommen. Der letztere Patient starb an Phlebitis, die beiden ersteren genasen.

Reamputationen wegen reizbaren Stumpfes wurden in allen 4 Fällen mit Erfolg ausgeführt, 3 Mal am Unterschenkel (44, 35, 49 Jahre alt), 1 Mal am Oberarm (54 Jahre). Eine Exarticulation in der Schulter (53 Jahre), wegen recidivirender Erkrankung im Stumpfe, endete tödtlich.

Von 15 Doppelamputationen wegen Traumen genasen nur 2, 1 Mal Ober- und Unterschenkel (12 Jahre), 1 Mal Oberschenkel und Oberarm (20 Jahre). Die hohe Sterblichkeit steht im geraden Verhältniss zu der ungeheuern Gewalt, welche eine Doppelamputation nothwendig macht.

Lossen (Heidelberg).

H. Quincke. Ueber die Wirkung kohlensäurehaltiger Getränke.

(Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. VII. p. 101—114.)

Aus 4 sehr sorgfältig ausgeführten Versuchsreihen ergiebt sich das Resultat, dass in den nächsten Stunden nach Einführung CO_2-haltigen Getränks eine reichlichere Harnsecretion stattfindet, als auf die gleichen Mengen CO_2-freien Wassers. Die stärkere Diurese ist auf die schnellere Resorption des in den Magen eingeführten CO_2-Wassers zurückzuführen. Aus dem nämlichen Grunde wirken CO_2-reiche, alkoholische Getränke (Most, Schaumwein) schneller berauschend, als CO_2-freie Getränke von dem gleichen Alkoholgehalt, indem infolge der Imprägnation mit CO_2 eine schnellere Resorption stattfindet, somit innerhalb desselben Zeitraums grössere Mengen von Alkohol zur Aufnahme gelangen. Der Blutdruck wird, wie Versuche an Hunden lehrten, durch CO_2-haltiges Getränk so gut wie gar nicht, die Pulsfrequenz nur unbedeutend beeinflusst. Dagegen werden die Respirationsbewegungen tiefer und langsamer infolge einer Reflexwirkung vom Magen aus. Für diese Deutung spricht die Erfahrung, dass vertiefte und verlangsamte Respirationen auftraten bei einem Hunde mit permanenter Magenfistel, sobald durch die eingeheilte Kanüle CO_2-Wasser ohne Druck eingegossen wurde.

J. Munk (Berlin).

E. Küster. Einige Bemerkungen zur Sehnennaht mit Krankenvorstellung.

(Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie V. Congress. 1876.)

K. stellt einen 28jährigen Kranken vor, dem er bei veralteter Sehnenverletzung mit Erfolg die Sehnennaht ausgeführt hatte. Pat. hatte sich einige Tage, bevor er zur Behandlung kam, durch einen Axthieb eine Lappenwunde über dem Metacarpus des rechten Index beigebracht; die Strecksehne war völlig getrennt, der Knochen verletzt. Es zeigte sich bei der Aufnahme bereits beginnende Phlegmone.

Nach 5 Wochen wurde Pat. mit vernarbter Wunde entlassen; der Zeigefinger stand in Flexion und konnte activ nicht gestreckt werden. 6 Wochen später führte K. die Sehnennaht aus. Die durch eine schmale Bindegewebsbrücke vereinigten Sehnenstümpfe wurden angefrischt, durch eine Silbernaht vereinigt und durch Catgutfäden überall in genauen Contact gebracht. Unter antiseptischer Behandlung erfolgte bei Lagerung der Hand in Hyperextension völlig erste Vereinigung; am 14. Tage löste sich die Silbernaht. Drei Wochen nach der Operation konnte Pat. den Finger activ strecken, doch war jetzt die Flexion etwas erschwert. Heute, nach 8 Monaten, ist der Finger fast ebenso brauchbar, als der der anderen Hand.

Dank der antiseptischen Methode ist die Sehnennaht jetzt nicht mehr als ein gewagter, sondern bei frischen Verletzungen als ein selbstverständlicher Eingriff zu betrachten. K. wirft die Frage auf, ob man nicht frische Muskelwunden, selbst subcutane Muskelzerreissungen in gleicher Weise behandeln solle. Die Technik der Sehnennaht betreffend hält K. bei Esmarch'scher Einwickelung der Extremität, die Auffindung des centralen Sehnenstumpfes für kaum schwierig, das Tillaux'sche Kunststück, das periphere Sehnenende durch Anheftung an eine Nachbarsehne mobil zu machen, in den meisten Fällen für überflüssig. Auch die Vereinigung der Stümpfe gelingt wohl stets, wenn man beim Anfrischen nicht zu viel Material opfert. Bei starker Spannung die Stümpfe in Contact zu halten genügt Catgut gewöhnlich nicht, da es zu schnell resorbirt wird. Es scheint daher der Silberdraht bisher unentbehrlich. Lister experimentirt gegenwärtig mit einem anders als bisher präparirten Catgut, das innerhalb der Gewebe erst nach etwa 20 Tagen resorbirt wird; vielleicht macht die Anwendung desselben den immerhin unbequemen Silberdraht doch entbehrlich. — König ist der Ansicht, dass Silberdraht, der allmälig durchschneidet, nicht nur überflüssig, sondern sogar schädlich ist. Die Sehnenstümpfe verwachsen bei der Heilung nicht direct, sondern beide mit der Sehnenscheide, resp. mit dem dieselbe ersetzenden umgebenden Bindegewebe, es erfolge dann eine secundäre Vereinigung durch den »Callus«. Hierzu ist es nur nöthig, dass die verbindende Naht 6 Tage hält, und früher wird ein dicker Catgutfaden nicht resorbirt. Zu starke Spannung muss durch zweckmässige Stellung der Extremität vermieden werden. Man solle daher beim Catgut bleiben; die neue Modification desselben scheine übrigens recht zweckmässig.

v. Langenbeck betont die Wichtigkeit einer genauen Vereinigung der Sehnenenden. In einer Reihe von Fällen hat er in letzter Zeit die Sehnennaht bei frischen Verletzungen unter antiseptischen Cautelen ausgeführt. Es erfolgte fast ausnahmslos prima intentio; die Stümpfe verwuchsen in einer Reihe von Fällen so vollkommen, dass kaum eine Sehnennarbe wahrnehmbar blieb. Bei Anwendung von Seidennähten sah v. L. früher in 2 Fällen partielle Nekrosen an den Sehnenstümpfen auftreten. Zwei Mal hat er in veralteten Fällen mit Erfolg die Sehnennaht ausgeführt.

Madelung berichtet über günstige Erfolge der Sehnennaht in frischen Fällen; in zwei veralteten Fällen von Sehnentrennung, die im letzten Semester in der Bonner Klinik zur Beobachtung kamen, gelang es nicht, die Stümpfe zusammenzubringen.

Baum hat in Fällen, in denen die Naht sofort durchschnitt, um die Enden beider Stümpfe Fäden geschlungen, und diese zusammengeknüpft. Der Erfolg war gut, obwohl kleine Stückchen der Sehnen nekrotisch wurden.

Bose empfiehlt bei starker Retraction der Sehnenstümpfe die Esmarch'sche Einwickelung der Extremität in umgekehrter Richtung, d. h. von oben nach unten. Man treibt damit die Muskeln nach abwärts, und erleichtert sich wesentlich ihre Auffindung sowohl, als ihre Vereinigung. Er braucht zur Naht stets feinstes Catgut, und legt 2 Suturen kreuzweise an. Nie ist ein Reissen der Naht eingetreten. **A. Genzmer** (Halle a/S.).

Witte. Ueber die Verwundungen des Kehlkopfs und ihre Behandlung, insbesondere über die Bedeutung der prophylaktischen Tracheotomie bei denselben.

(Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XXI. I. p. 182, II. p. 391, III. p. 479.)

Die umfangreiche Arbeit kann als eine weitere Ausdehnung und Vervollständigung der 1873 erschienenen Arbeit von Lotzbeck: »Der Luftröhrenschnitt bei Schusswunden«, angesehen werden. Durch die Benutzung besonders der in dem bekannten Werke von Otis gesammelten Fälle aus dem amerikanischen Bürgerkriege und durch eine Reihe sehr gut beobachteter neuer Fälle aus dem letzten Kiege, erhielt der Verf. für seine Schlussfolgerungen eine breitere Basis und konnten auch die einzelnen Indicationen bestimmter gestellt werden. Die einzelnen Abschnitte der Abhandlung sind ausser der Einleitung: anatomisch-physiologische Vorbemerkungen, Eintheilung der Kehlkopfwunden, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Verlauf und Ausgänge, Prognose, Therapie, endlich Casuistik. In einem Nachtrage bespricht Verf. kurz die Verletzungen der Nachbargebilde des Kehlkopfes, die gleichfalls oft durch Uebergreifen der entzündlichen Erscheinungen auf den Kehlkopf die Tracheotomie nöthig machen. — Im Allgemeinen plaidirt W. sehr, und mit Recht, für die prophylaktische Tracheotomie; die Details sind im Original nachzulesen.

Zum Schluss gelangt Verf. zu folgenden Hauptsätzen, von denen wir die wichtigsten hier anführen. Der Verlauf der Verletzungen des Luftrohrs ist fast immer langsam, bei ausgedehnten Verletzungen tritt völlige Heilung nicht oft unter 30 bis 40 Tagen ein. Nicht selten ist der Ausgang in unvollständige Heilung: Beeinträchtigung der Stimme, Stenose des Kehlkopfs, Fisteln der Trachea. — Die Prognose ist bei Schnittwunden der Trachea mit ausgedehnter Trennung der Weichtheile sehr viel besser, als bei denen mit geringer Verletzung derselben und bei Stichwunden. Schwere Commotionen, Contusionen mit ernsthafter Beeinträchtigung der Stimmbildung und Respiration, Fracturen der Kehlkopfknorpel erfordern die prophylaktische Tracheotomie; ebenso indicirt ist sie bei Fremdkörpern im Larynx. — Sämmtliche Schusswund endes Athemrohrs, Stichwunden, bei denen die Verletzung der Schleimhaut wahrscheinlich ist, Schnittwunden mit geringer Trennung der Weichtheile, aber ausgedehnter Verletzung der Knorpel machen die prophylaktische Eröffnung der Luftwege nothwendig. — Schnittwunden der Membrana hyo-thyreoidea sind unter Vorausschickung der Tracheotomie zu nähen. — Bei Schnittwunden des Schildknorpels an seinem oberen Theil ist die Knorpelnaht nach Ausführung der Tracheotomie zu versuchen. — Die Tracheotomia superior ist in erster Linie zu wählen. — Die Tubage des Larynx sowie Compression und Scarificationen bei Glottisoedem sind zu verwerfen. — Für die erste Zeit nach der Operation ist die Tamponkanüle einzulegen, und ist dieselbe dem Armamentarium der Sanitätsdetachements und Feldlazarethe in mindestens zwei Exemplaren beizufügen.

Verf. empfiehlt gleichfalls warm die Tamponkanüle, um alle Gefahr des Bluteintritts in die Lunge auf einmal abzuschneiden. In Anbetracht, dass dieselbe nicht immer zur Hand ist, hätte wohl auf zweckmässige Lagerung des Kranken zur Verhütung des Bluteinfliessens in die Lunge hingewiesen werden können.

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

R. A. Jamieson. Chinese Eunuchs.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 123.)

Bei der persönlichen Feigheit der Chinesen beschränkt sich die Thätigkeit eines Chirurgen vorwiegend auf Eröffnen oberflächlicher Abscesse, Acupunctur und Setzen von Moxen. Ernstere Operationen werden fast nie ausgeführt. — Eigenthümlich ist die Methode der Castration. Der zu Operirende wird in halb sitzender Stellung auf eine breite Bank gelagert; ein Mann umfasst von hinten die Taille, ein zweiter erfasst, ebenfalls hinten kauernd, die Beine. Binden werden fest um die Hypochondrien und die Inguinalgegend gelegt. Penis und Scrotum badet man 3 Mal mit heisser Abkochung von Pfefferschoten. Nachdem Patient noch einmal seine Zustimmung gegeben, werden mit einem kräftigen Zuge mittelst eines sichelförmigen Messers Scrotum und Penis entfernt. Ein zinnerner Pfropf wird in

die Harnröhre gesteckt, die Wunde mit in kaltes Wasser getauchtem Papier verbunden; und nun muss Patient, unterstützt von 2 Männern, 2—3 Stunden im Zimmer umhergehen. Dann darf er sich hinlegen. Die nächsten 3 Tage darf Patient nichts trinken, auch nicht uriniren; der Verband wird alsdann erneut mit Weglassung des zinnernen Stöpsels. Die Heilungsdauer ist in der Regel 100 Tage. Die Mortalität beträgt durch Blutung und Harnextravasation 2 %. Längere Zeit besteht Unvermögen, den Urin des Nachts zu halten.

Pils (Stettin).

J. W. White. On the diagnosis of urethral stricture bey bulbous bougies.

(Philad. med. times 1877. No. 248. Mai 26. p. 394.)

Gelegentlich eines Falles, bei welchem Metallkatheter von 28 Mm. Umfang ohne den geringsten Widerstand passirten, fand W. mit Hülfe der Bougie à boule von Leroy d'Etiolles eine Strictur, die sich $4^1/_2''$ von der Urethralmündung entfernt befand. No. 24 passirte die verengte Stelle mit fühlbarem Ruck, No. 26 konnte nur mit Mühe durchgebracht werden. Pat., 55 Jahr alt, hatte wenig Urinbeschwerden, er urinirte vielleicht etwas häufiger als normal, hatte zuweilen dumpfe Schmerzen in den Lenden und der Unterbauchgegend, zuweilen auch in der Eichel. Eine Pneumonie führte den Exitus herbei. Section: Pars pendula urethrae $4^3/_4''$ lang, in ihr die bandförmige Strictur, dahinter in der Pars membranacea 2 kleine, 2 Mm. im Durchmesser betragende Ulcerationen, Blase erweitert und hypertrophirt; das submucöse, fibröse Gewebe an der verengten Stelle sehr verdickt, die kleinen und kleinsten Gefässe daselbst sclerosirt. Dieser sowie andere Fälle führten W. zu folgenden Schlüssen:

1) Es existiren Stricturen von extremem Caliber, welche für die Entstehung von Erkrankungen der Blase u. s. f. von Wichtigkeit sind, indem sie langsam und unmerklich zu tiefen pathologischen Veränderungen führen.

2) Zur Diagnose derselben sind oft Bougies à boule unumgänglich nothwendig.

3) Der Widerstand, den der Sondenknopf an dem tiefen Blatt der Perinealfascie bei normaler Harnröhre erfährt, darf nicht zu Irrthümern Veranlassung geben. Auch beim Uebergang der Pars membranacea in der Prostata kann in normaler Urethra ein solches Hinderniss entstehen. In der That sind diese Hindernisse für das Gefühl oft einer Strictur so vollkommen gleich, dass nach W.'s Ansicht zur Differentialdiagnose nur der Grad der Schmerzhaftigkeit übrig bleibt.

4) Spastische Contractionen der Harnröhrenmuskulatur um den Sondenknopf herum, welche Strictur vortäuschen können und manchmal mit derselben besonders im vorderen Theile verbunden sind,

erkennt man in die Narkose, wo sie nachlassen, auch treten sie bald mehr vorn, bald mehr hinten in der Urethra auf, was bei der Strictur fehlt.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

O. Küstner. Die typischen Verletzungen der Extremitätenknochen des Kindes durch den Geburtshelfer.

Halle 1877.

Nach einem historischen Rückblick auf die bis auf die jüngste Gegenwart (C. Ruge) nicht eben belangreiche Literatur des Gegenstandes bespricht R. die Ergebnisse seiner an 37 Kinderleichen ausgeführten Experimente, von denen wir die praktisch wichtigsten hier anführen.

Die Clavicula wird bei der Lösung des zur Seite des Kopfes hoch emporgeschlagenen Armes häufig indirect fracturirt in Folge der Compression in der Richtung ihrer Längsaxe. Der Bruch erfolgt dann am äusseren Drittel, hart medianwärts vom Lig. coraco-claviculare. — Die direct auf den Knochen wirkende Kraft (beim Herabdrücken der Schulter vor der Armlösung und beim Ueberhaken mit 2 Fingern zur Extraction des nachfolgenden Kopfes) braucht nur sehr gering zu sein (2—6 Kilo im Versuch), um eine Fractur am Angriffspunkt zu bewirken.

Bezüglich des Humerus wird namentlich dessen hohe Gefährdung bei Lösung des auswärtsgerollten Armes über den Rücken hervorgehoben: 20 Versuche ergaben 16 Abtrennungen der Diaphyse von der Epiphyse (Epiphysendivulsionen), — 9 Mal mit Perforation des Periosts durch das obere Diaphysenende, — und 3 Oberarmbrüche. — Geringer ist die Gefahr der Lösung da, wo der einwärtsgerollte Arm in den Nacken geschlagen ist. In 17 Versuchen erzeugte K. hier nur 6 Mal Epiphysendivulsion — 5 Mal mit nachfolgender Luxation der Diaphyse durch den Periostriss — 2 Mal brach die Diaphyse des Humerus, 1 Mal die Scapula; 7 Mal keine Verletzung. Der Grund der geringeren Gefährdung liegt in der bei einwärtsgerolltem Oberarm weit weniger ungünstigen Haltung der Scapula und in der geringeren Dehnung der Kapsel. Die bei der fehlerhaft ausgeführten Armlösung vor dem Gesicht herab vorkommenden Fracturen forderten zur Prüfung der Tragfähigkeit des querliegenden Humerus auf $= 11^1/_2 - 13^1/_2$ Kilo.

Als häufigste Verletzung am Schultergürtel überhaupt ergiebt sich die Abtrennung der oberen Epiphyse. Nach jeder Armlösung ist daher sorgfältig zu untersuchen, ob in jener Gegend weiche Crepitation bei Abwesenheit von Deformität und als zweites Symptom Einwärtsrotirung des Armes besteht. Diese Epiphysendivulsion am Schultergelenk des Neugeborenen ist nach K. die den Luxationen des Erwachsenen adäquate Verletzung und von den Autoren wohl manchmal fälschlich als solche aufgeführt.

Verletzungen der Scapula erzeugte K. meist bei Armlösung über dem Rücken, 2 Mal bei auswärts rotirtem Humerus; beide Male war nur der perpendiculäre Theil der Scapula-Epiphyse abgerissen.

Das Femur, welches einem direct wirkenden Druck nur bei Steissextractionen ausgesetzt ist, bei denen man in die eine Hüfte einhaken muss, wird durch denselben dann fracturirt, wenn man den Haken zu weit nach vorn einsetzt, oder einen sehr voluminösen Haken anwendet (2 Finger!), wobei jedenfalls ein Theil des Druckes die Diaphyse trifft. Die Tragfähigkeit des Knochens in seiner Mitte war nach 6 Versuchen = 15 — 18 Kilo. In diesen 6 Fällen wurde übrigens stets die untere Epiphyse deutlich gelockert gefunden.

Sehr kräftig widersteht die obere Epiphysenverbindung dem einfachen Zug in perpendiculärer Richtung. Sie zerreisst indess constant, wenn man den rechtwinkelig zur Rumpfaxe gestellten Oberschenkel stark nach aussen bewegt, und zwar wird fast immer dabei das obere Diaphysenende aus dem Periostschlitz luxirt.

Für die Steissextraction empfiehlt K. übrigens statt der von v. Hecker wieder eingeführten Schlinge den Haken, da er eleganter und sicherer zu führen ist als jene und bei mässigem Zug die Weichtheile nicht gefährdet.

Am Unterschenkel kommen Lockerungen, wenn auch nicht völlige Abreissungen besonders der unteren Tibia- und Fibula-Epiphyse auch bei legalem Zug nicht gerade selten vor. K. glaubt, dass diesen keine Bedeutung beizumessen sei, falls nicht ausgedehnte Periostzerreissung dabei bestehe.

Löhlein (Berlin).

Th. Jones. Cases of osteotomy for rachitis deformity of the legs.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 235.)

Verf. hat an 4 Kindern, 2 2, 3 und 6 Jahr alt, 8 Osteotomien der Unterschenkel unter antisepitschen Massnahmen mit bestem Erfolge ausgeführt. Er verfährt nach der früher üblichen Methode: nach Anlegung der Esmarch'schen Binde macht er an der Stelle der stärksten Verbiegung einen $^3/_4$" langen Schnitt bis durch's Periost, durchschneidet letzteres dann quer und durchsägt die Tibia bis auf das letzte Drittel, der Rest wird durchbrochen, der Unterschenkel gerade gerichtet, wobei die Fibula, wenn sie nicht nachgiebt, ebenfalls durchbrochen wird. Die Hautwunde wird vereinigt, Seitenschienen werden für einige Tage benutzt. In den 6 antiseptisch behandelten Fällen erfolgte erste Vereinigung. J. hält die Sägespäne in der Wunde für ganz unschädlich und benutzt darum die Säge. Er kommt zu dem Schlusse, dass rachitische Verkrümmungen, nachdem mechanische Hülfsmittel erfolglos geblieben und die Rachitis zum Stillstande gekommen, ohne Gefahr durch Osteotomie unter antiseptischen Massnahmen gehoben werden können; vielleicht dürften auch die Fälle geringeren Grades in Zukunft so zu behandeln sein.

Pilz (Stettin).

Kleinere Mittheilungen.

O. Liebreich. Ueber die Anwendung des Chloralhydrats während längerer Zeit.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 27.)

Im Anschluss an eine in Balham-Hill angeblich vorgekommene tödtliche Vergiftung durch Chloralhydrat (50 Gran) bei einem Potator giebt L. einige beachtenswerthe Winke für die Anwendung des Chloralhydrats und beklagt, dass verhältnissmässig noch oft schlechte Präparate in den Handel kommen (besonders in Amerika). Nach L. sollten alle Aerzte darauf sehen, nur reinste Krystalle zur Lösung zu verschreiben; erst dann wird es möglich sein, behufs einer genauen Dosirung eine Normaldosis feststellen und die Vortheile und Nachtheile des Mittels gleichmässig abwägen zu können. L. glaubt daher, dass in dem obigen Todesfall zu Balham Nebenumstände mitgewirkt haben, und der betreffende Arzt jedenfalls schuldlos ist. Dass nach einer einmaligen Dosis von 2—3 Grm. Tod eintreten kann, ist erklärlich, wenn man, wie gesagt, bedenkt, dass schlechte Präparate des verhältnissmässig noch wenig gekannten Mittels durch einen ungewissenhaft betriebenen Droguenverkauf nicht selten in die Hände des Arztes resp. Apothekers gelangen. Dass andererseits hohe Dosen bis 8 Grm. intravenös gut vertragen wurden, ist bekannt. **H. Tillmanns** (Leipzig).

E. Remak. Zu den Sensibilitätsstörungen der Tabes dorsalis.

(Arch. f. Psych. und Nervenkr. Bd. VII. Hft. 3.)

R. fand bei Tabetikern eine bis jetzt noch nicht beobachtete krankhafte Veränderung des Tastvermögens der Haut, welche darin besteht, dass bei einem gleichmässigen schwachen faradischen Reize binnen Kurzem eine Erschöpfung der Sensibilität eintritt, so zwar, dass einige Zeit vergeht, ehe die Summirung der gleichbleibenden Reize eine erneute Sensation erregt.

R. weist darauf hin, dass das beschriebene Phänomen einige Bedeutung haben möchte für das Romberg'sche Symptom des Schwankens bei geschlossenen Augen besonders in solchen Fällen, wo andere Sensibilitätsstörungen der Fusssohlen nicht nachzuweisen sind. **Seeligmüller** (Halle a/S.).

Kufferath. Tumeur de la paupière inférieure.

(La presse méd. Belge 1877. No. 41.)

Der taubeneigrosse, sehr leicht ausschälbare Tumor, welcher bei einer Frau innerhalb 2 Jahren sich im untern Lide gebildet hatte, war ein Atherom mit sehr dicker Wand und körnigem, eingedicktem, cholestearinführendem Inhalt.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Alcock. Laceration of the brain without paralysis; autopsy.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 346.)

Ein 40jähriger Mann fiel von der Spitze eines Hochofens herab. Ausser einer complicirten Luxation eines Kniegelenks fand sich eine oberflächliche $3^1/_2''$ lange Hautwunde an der linken Stirnseite. Die Pupillen boten nichts Besonderes eben so wenig die Athmung; Pat. war besinnungslos; warf sich vielfach hin und her. Amputation im unteren Drittel des Oberschenkels. Nachblutung; Pat. kommt gar nicht zum Bewusstsein, bekommt später Diarrhoe und Lungenkatarrh. Tod. Section: Reichliches Serum in den Arachnoidealräumen; die Gehirnmasse, welche mit dem unteren Theile des pars squamosa sin. des Schläfenbeines correspondirt, war erweicht, so das ein darüber hinfliessender Wasserstrom hier eine ziemlich tiefe Höhle ausgrub. **Pilz** (Stettin).

A. Böcker. Beiderseitige Lähmung der Erweiterer der Stimmritze.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 20. 21.)

Die beiderseitige Lähmung der Mm. crico-arytaenoidei postici ist bis jetzt nur selten beobachtet worden. Ziemssen führt als sicher und unzweifelhaft nur

9 Fälle aus der Literatur an. Der von B. beobachtete Fall betraf eine 61jährige Frau. Alle charakteristischen Symptome der bezüglichen Lähmung waren vorhanden und wurde die Diagnose durch den objectiven Befund sofort sicher gestellt. Die Glottisstenose entwickelte sich ganz allmälig und erst nach 9 Jahren wurde die Dyspnoe so hochgradig, dass die Tracheotomie nöthig wurde. Nach letzterer nur geringe Erleichterung der Athmung, auch nicht nach Einführung der langen biegsamen König'schen Kanüle, weshalb ausser der Lähmung ein zweites Hinderniss (syphilitische Strictur) unterhalb der Trachealkanüle angenommen werden musste.

Die Aetiologie des Falles sucht B. in katarrhalischer Affection des Luftrohrs mit inveterirter Lues(Psoriasis am Unterschenkel. Stirnnarben). —

Einige Zeit später hat B. einen 2. Fall von beiderseitiger Lähmung der Erweiterer der Stimmritze bei einem 20jähr. Manne beobachtet, seit 2 Jahren bestehend, angeblich in Begleitung eines Katarrhs aufgetreten. Die Athmung war bis vor 1 Jahre beengt, tönend bei der Inspiration. Nach Behandlung mit Electricität besserte sich der Zustand; augenblicklich ist ein gefahrdrohendes Symptom nicht vorhanden. **H. Tillmanns** (Leipzig).

F. Zimmermann. Fall von Resection der Clavicula und des grössten Theiles der Scapula.

(Arch. für klin. Chir. Bd. XXI. Hft. 1. p. 249.)

Die Operation wurde wegen Caries gemacht. Schnitt über das Acromion bis zur Mitte der Spina scapulae. Nach Entfernung des cariösen Acromion zeigte sich die Spina scapulae, ein Theil der Scapula und das Scapular-Ende Clavicula gleichfalls cariös. Der Schnitt wurde bis zum inneren Rand der Scapula und von da abwärts bis zum unteren Winkel verlängert. In der Wunde blieben als gesund zurück der Proc. coracoideus zum grössten Theile, ferner der Gelenkfortsatz, der äussere Rand und ein kleiner Theil des unteren Winkels. Heilung bei antiseptischem Verbande ohne Störung. Resultat befriedigend, im Schultergelenk lässt sich der Arm nach allen Richtungen frei bewegen. Selbstständig kann Patientin die Hand zum Munde führen, den Arm nur etwas erheben und nach rückwärts bewegen. **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Baseoi. Ueber angeborenen Nabelbruch.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 23.)

Bei einem dreiwöchentlichem Kinde fand sich aus dem Nabel heraushängend ein ovaler am Halse eingeschnürter rother Körper, der an beiden Seiten rüsselartige Fortsätze trug, die an ihrer Spitze Oeffnungen zeigten. Diese führten, wie später die Obduction zeigte, links in das absteigende Ileum, rechts in das Coecum. B. glaubt, dass es sich um Persistenz des Ductus Omphalo-Meseraicus handelte und dass dieser vorgefallen gewesen sei und weitere Darmpartieen nach sich gezogen habe. Der Tod wurde durch Peritonitis bedingt.

v. Mosengeil (Bonn).

Heschl. Ueber Befund einer Darmnekrose bei einer Perforationsperitonitis.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 2.)

H. berichtet über eine von Chiari ausgeführte Section, bei welcher sich neben einer Perforationsperitonitis das Ileum an einer Stelle scharfrandig endend an einer anderen Stelle scharfrandig wieder beginnend zeigte; dazwischen war eine Lücke im Gekröse, und lag das dahin gehörige Stück Ileum mit seinem Gekröse frei in der Bauchhöhle. Acht Tage vor dem Tode war die betreffende Patientin an Peritonitis erkrankt und dürfte Axendrehung des Darmes vorgelegen haben.

Zugleich theilt Verf. einen Sectionsbefund mit, nach welchem bei einer Puerpera ein Ovarium sammt der Tuba ganz fehlte, und erklärt diesen Defect durch intrauterine Axendrehung des Ovariums, welche bis zur Abschnürung führte. Der hierdurch in der Bauchhöhle entstandene freie Körper wurde wahrscheinlich später in noch zu eruirender Weise allmälig zum Verschwinden gebracht.

v. Mosengeil (Bonn).

White. Abnormal stomach and intestines.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 794. Manchest. med. soc.)

In der Gesellschaft wurde folgendes der Leiche einer 29jähr. Frau entstammendes seltenes Präparat vorgelegt. Der Magen misst im Längsdurchmesser 31 Zoll und kann 10 Pinten Flüssigkeit fassen; der Eingang zum Oesophagus ist bis auf 6 Zoll von der Cardia sehr erweitert, er selbst ist doppelt und hat an der Cardia einen Blindsack: die dünnen Därme, meist im Becken gelegen, sind weiter als normal, der obere Theil des Jejunum mit zahlreichen Divertikeln besetzt, die mit weiten Oeffnungen in den Darm münden. Von den normalen Dickdärmen haben Col. ascend. und descend. ein eigenes Mesocolon. Die Weichtheile des weiten Beckens sind hernienartig nach aussen vorgestülpt; dieser Zustand soll seit 4 Jahren bestehen. Ueber den Krankheitsverlauf ist nichts gesagt.

Pilz (Stettin).

Weinlechner. Ueber Operation eines Ovarialtumors nach früher vorausgegangener doppelseitiger Ovariotomie.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 2.)

Verf. beobachtete nach einer mit günstigem Erfolge gemachten doppelseitigen Ovariotomie regelmässige Menstruation, die erst nach $8^1/_2$ Jahren unregelmässig wurde. Da entwickelte sich zwischen Nabel und Symphyse eine Geschwulst, die an einzelnen Stellen fluctuirend, an anderen fest war, nicht mit dem Uterus zusammenhing und wie sich bei der Operation eruiren liess, von dem Rudiment des linken Ovariums ausging. Der Tumor stellte eine Cyste dar, welche an der Innenfläche mit papillaren Wucherungen besetzt war und bräunlichgallertige Flüssigkeit enthielt. Die Heilung erfolgte mit Bildung einer der ehemaligen Bauchwunde entsprechenden Hernie. **v. Mosengeil** (Bonn).

E. Herman. Abscess, apparently of uterine wall; discharge through umbilicus — recovery.

(Obstetr. Journ. of Great Brit. and Irel. 1877. Oct. p. 452.)

M. O., 23 J. alt, erkrankte 2 Tage nach ihrer 2. Entbindung, die sich 30 Stunden hingezogen hatte, mit ziehenden Schmerzen im Kreuz, die gegen Ende des ersten Monats p. part. besonders intensiv wurden. Mässige Blutabgänge in den zwei ersten Wochen, Erbrechen etwa am Ende der ersten Woche, Fiebererscheinungen etwa einen Monat anhaltend, dabei keine Frostanfälle; seit der 2. — 3. Woche nächtliche Schweisse. — 31. Jan. 1876 Aufnahme in das London Hospital, 3 Monate post partum: Uterus gleichmässig vergrössert überragt noch etwas die Nabelhöhe, ist nicht fixirt; Sonde dringt 5 — 6″ ein. Ziemlich derselbe Status am 8. April, dem Tage ihrer Entlassung aus dem Hospital, wo nur geringe Temperaturerhöhungen (bis 38,5°) beobachtet waren. Nachdem sie sich unter mannigfachen Beschwerden noch weitere 6 Wochen hingeschleppt hatte, erfolgte am 18. Mai die Entleerung von $^1/_4$ Pinte gelber Flüssigkeit durch den Nabel. Grösse des Uterus unverändert. — Bis zum 8. Juli bestand der Ausfluss reichlich fort. An diesem Tag ging die Sonde noch 5″ in normaler Richtung empor. Sie konnte mit einer gleichzeitig durch die Perforationsöffnung in der Richtung nach dem Beckeneingang 4″ weit eingeführten Sonde nicht zur Berührung gebracht werden.

11. Juli Wiederaufnahme ins Hospital. Einlegung eines Gummirohrs für den freien Abfluss der jetzt fötiden Absonderung. Diese wird nun schwächer, ist aber doch erst am 2. Decbr. völlig sistirt. Nunmehr erscheint der Uterus nach oben gezogen; bei einer Länge des Canals = 3″ reicht er noch etwas über die Mitte zwischen Nabel und Symphyse.

Wäre nicht ausdrücklich hervorgehoben, dass bei der ersten Aufnahme der Uterus völlig frei beweglich war, so würde man aus mehrfachen Gründen eher den Durchbruch eines perimetritischen Herdes als einen Abscess der Gebärmutterwand selbst anzunehmen geneigt sein.

Löhlein (Berlin).

A. Ogston. Strangulation of the musculo-spiral nerve.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 486.)

Ein Bursche erhielt eine complicirte Fractur in der Mitte des linken Oberarms, die Muskeln waren stark gequetscht und zerrissen; es erfolgte Heilung bei einfacher Verbandmethode. Als der Arm wieder zu functioniren begann, atrophirten die Vorderarm-Extensoren, und es wurde der Arm wenig gebrauchsfähig. O. wollte nun die Verhältnisse des N. perf. Gass. genauer feststellen; nach geschehener Incision fand man den Nerv quer durch die Fracturstelle hindurchgehend und auf $^1/_3$ seines Durchmessers reducirt; er wurde herausgelöst und mittelst Catgut an den M. triceps befestigt; bis jetzt ist noch keine Besserung in der Wirkung der Extensoren eingetreten. **Pilz** (Stettin).

Michelson. Die Oberhaut der Genitocruralfalte und ihrer Umgebung als Brutstätte von Oxyuris vermicularis.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 33.)

Ein 13jähriger Knabe, der seit langer Zeit an Oxyuren litt, bekam einen sehr juckenden Hautausschlag in der Gegend des Scrotums. Anscheinend lag ein einfaches Ekzema intertrigo vor, jedoch erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung der Haut die Epidermis mit zahllosen Eiern von Oxyuris durchsetzt. Die doppeltcontourirten Eier umfassten entweder nur einen sich als feingranulirte, protoplasmaartige, ovale Masse präsentirenden Eidotter, oder enthielten mehr oder weniger ausgebildete Embryonen. Die befruchteten Oxyurenweibchen, welche die Eier in der Schenkelbeuge deponirt hatten, mochten dadurch, dass der Knabe ein mit Koth beschmutztes Hemd zwischen den Beinen nach vorn gezogen hatte, an diesen Punkt gekommen sein. **v. Mosengeil** (Bonn).

Wilson. Intracapsular fracture of femur — Thrombosis of left femoral vein extending to vena cava.

(Philad. med. Times 1877. Aug. 4. No. 253. p. 524.)

Ein 67 J. alter Mann fiel auf dem Trottoir mit voller Körperlast (167 Pfd.) auf seine linke Hüfte und erhielt eine intracapsuläre Schenkelhalsfractur mit den bekannten Symptomen. Extensionsverband. 4 Tage später traten für kurze Zeit Zeichen einer Pelvi-Cellulitis ein, am 20. Tage kam Oedem der Extremität, entzündliche, sehr schmerzhafte Infiltration längs der grossen Gefässe, kurz alle Symptome von Venenthrombose mit Temperaturen von 37,6 — 39,0, welche bis zum Tode, 2 Monate nach der Verletzung, anhielten. Die Section ergab Spuren von Entzündung im Becken entsprechend der Stelle des linken Acetabulum, ferner Thrombose der Vena femoralis und iliaca bis zur cava hin. In der folgenden Dicussion theilten Nancrede und Hodge zwei ähnliche Fälle von Venenthrombose mit. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

Weinlechner. Chirurgische Mittheilungen.

(K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, 1. Juni 1877.)
(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 23.)

W. hat 16 Kranke mit Varicen der unteren Extremitäten durch Einspritzungen von Eisenchlorid in die Venen (3 Tropfen einer 2% Lösung) der Radicalbehandlung unterworfen. Vor der Operation wurde ein comprimirender Heftpflasterstreifenverband gelegt, der nach der Injection entfernt wurde. Der Schmerz dauert 2—3 Stunden. Gestorben ist keiner der Patienten, die Besserung erfolgte schnell, die Geschwüre heilten, die Turgescenz des Beines und die Fussschweisse nahmen ab. Mit Schede's Methode will W. keine so guten Erfolge erzielt haben.

v. Mosengeil (Bonn).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke woll man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns
in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

№ 49. **Sonnabend, den 8. December.** **1877.**

Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des Berliner städtischen Krankenhauses im Friedrichshain.

IV. Die antiseptische Punction der Gelenke und das Auswaschen derselben mit Carbolsäurelösungen.

Von
Dr. **Friedrich Rinne**,
Assistenzarzt.

Die Unzuträglichkeiten der landläufigen Behandlungsmethoden chronisch exsudativer Synovialhautentzündungen, die lange Dauer und der oft zweifelhafte Erfolg dieser Curen angesichts der vielfachen Nachtheile, die aus dem langen Bestehen von Gelenkexsudaten für die mechanische Integrität der betreffenden Gelenke resultiren, liessen es wünschenswerth erscheinen, wirksamere Angriffspunkte auf das Gelenkinnere zu gewinnen, und führten zu dem Gedanken, auf operativem Wege, mittelst Eröffnung des Gelenkes sowohl die gesetzten

Entzündungsproducte zu evacuiren, als auch die erkrankte Synovialis der unmittelbaren Einwirkung medicamentöser Therapie zugängig zu machen. Aber die wohlbegründete Scheu vor der Eröffnung der grossen Körpergelenke legte diesen Bestrebungen, die namentlich von Bonnet und Velpeau eine genauere Präcisirung erhielten, mannigfache Hindernisse entgegen, so dass noch bis in die neueste Zeit die Lehre allgemein acceptirt war, dass man bei einem chronischen Gelenkergusse erst dann zur operativen Behandlung, als dem Ultimum refugium, übergehen dürfe, wenn der ganze Apparat der gewöhnlichen Heilverfahren sich als wirkungslos erwiesen habe. Dieser Satz hatte nun allerdings seine gute Berechtigung, so lange man bei der Eröffnung eines Gelenkes nicht wenigstens die absolute Sicherheit des Nichtschadens hatte.

Diese Sicherheit haben wir durch die antiseptische Wundbehandlungsmethode erhalten. Eine penetrirende Gelenkwunde hat für uns heute Nichts mehr von der eminenten Gefahr, die sie früher zu den allerschwersten Verletzungen machte, sobald sie uns nur unmittelbar nach ihrer Entstehung oder wenigstens noch vor Ausbruch bedrohlicher entzündlicher Erscheinungen in Behandlung gegeben wird. Die einschlägige Literatur der jüngsten Zeit verzeichnet immer noch schönere, vor kurzem noch ganz unerhörte Erfolge.*)

Auf Grund dieser Erfahrungen konnte es nicht zweifelhaft sein. dass die Eröffnung eines Gelenkes zu therapeutischen Zwecken ein durchaus erlaubter Eingriff sein müsse, und die zahlreichen Erfahrungen, die in den letzten Jahren mit Drainage vorher noch nicht aufgebrochener Gelenke gemacht sind, haben die Erwartungen in vollem Maasse gerechtfertigt.

Der viel älteren Punction der Gelenke war durch die sogenannte subcutane Methode von Goyrand zwar schon früher ein grosser Theil der Gefahren einer penetrirenden Gelenkwunde genommen; Bonnet und Velpeau fügten der rein evacuatorischen Punction noch die Injection von Jodtinctur hinzu, und seitdem wurden in Frankreich, England und Deutschland viele gute Erfolge mit dieser Operation erzielt; Volkmann**) machte bei acuten Gelenkvereiterungen Einspritzungen einer Höllensteinlösung in das Gelenk. Aber trotzdem fand die Punction nichts weniger als eine allgemeine Anerkennung. Noch in der ersten Auflage seiner Klinik der Gelenkkrankheiten sagt Hüter (p. 177), dass er niemals eine Jodinjection in die

---

*) Vergl. Schede, Ueber Gelenkdrainage. Verhandl. des III. Congresses der deutschen Gesellsch. für Chirurgie. — R. Volkmann, Beiträge zur Chirurgie, p. 185 ff. — E. Albert, Ueber die Arthrotomie. Wiener med. Presse 1876. No. 20 u. ff. — P. Barth, Beitrag zur Behandlung penetrirender Wunden des Kniegelenks. Inaug.-Diss. Basel 1877. — Ranke, Ueber die in den letzten Jahren bei Behandlung penetrirender Gelenkwunden in der Klinik zu Halle gewonnenen Resultate. Verhandl. des VI. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

**) Die Krankheiten der Bewegungsorgane p. 509, in Pitha-Billroth's Chirurgie.

Gelenkhöhlen gewagt und sich überhaupt nur in den hartnäckigsten Fällen von Hydarthros zur Punction entschlossen habe. Also Beweis genug für das eben Gesagte. Wenn sich auch sonst keineswegs zaghafte Operateure vor der Gelenkpunction fürchteten, so ist es kein Wunder, dass für das grössere ärztliche Publicum diese Operation ein noli me tangere blieb.

Gerade dieser letztere Umstand ist aber von der übelsten Bedeutung, weil die in Betracht kommenden Kranken gewöhnlich erst dann eine Heilanstalt aufsuchen, wenn der prakt. Arzt seine Kunst vergeblich angewendet hat, und oft durch die lange Dauer der Krankheit sich bereits irreparable secundäre Störungen eingestellt haben.

Das Gesagte bezieht sich speciell auf das Kniegelenk, das Dank seiner exponirten Lage und der Complicirtheit seines Baues das grösste Contingent zu den Gelenkkrankheiten überhaupt und namentlich zu den chronisch exsudativen Synovialhauterkrankungen stellt. Deshalb ist auch die überwiegende Mehrzahl von Gelenkpunctionen am Kniegelenk vorgenommen worden.

Ich werde nun im Folgenden die Erfahrungen mittheilen, die unter der Leitung des Herrn Director M. Schede in dem Zeitraum vom 1. Oct. 1875 bis jetzt*) mit der unter antiseptischen Cautelen und zu therapeutischen Zwecken vorgenommenen Gelenkpunction mit folgender Carbolauswaschung auf unserer Abtheilung gemacht worden sind. Wir hoffen durch unsere Resultate dieser Operation, als dem bei weitem sichersten und schnellsten Heilverfahren bei exsudativen Gelenkkrankheiten ein grösseres Terrain bei dem ärztlichen Publicum zu erobern. Dieselbe hat bei uns eine stetig wachsende Anwendung gefunden, je mehr wir die Ueberzeugung erhielten, dass sie allen anderen Behandlungsmethoden weit überlegen sei. Ist die kleine Operation auch durchaus nichts Neues mehr, so wird sie doch unseres Erachtens immer noch nicht nach Gebühr gewürdigt und verdient eine weit allgemeinere Verbreitung.

Die Technik der Operation ist eine sehr einfache, erfordert aber eine strenge Beobachtung einiger anscheinend geringfügiger, und trotzdem höchst wesentlicher Umstände. Das Verfahren, das wir bei allen unseren Punctionen angewendet und als das beste befunden haben, ist folgendes:

Die Kniegelenksgegend wird zunächst in der gewöhnlichen Weise sorgfältig mit Seife, Bürste und Rasirmesser gereinigt und mit Carbolsäure desinficirt. Dann wird unter Spray ein dicker Troikart, der selbstverständlich minutiös desinficirt sein muss, an der Aussenseite des Gelenkes in die Bursa extens. oder, wenn diese nicht stark ausgedehnt ist, unter die Patella mit einem kräftigen Stosse eingestochen. Wir geben in den meisten Fällen kein Chloroform, da der Schmerz nur ein geringer und momentaner ist, sobald man den Troikart richtig gegen die Gelenkhöhlung dirigirt und das Maass der anzuwendenden Kraft so dosirt, dass man die Weichtheile zwar mit einem Stoss durchdringt, Knorpel und Knochen aber unversehrt lässt. Jetzt orientirt

*) November 1877.

man sich vor der Herausziehung des Stilet's durch Hin- und Herbewegen des Troikarts, ob das vordere Ende desselben sich auch wirklich in der Gelenkhöhle befindet, oder ob die Spitze etwa noch zwischen Weichtheilen festgehalten wird. Weiss man die Spitze des Troikarts sicher in der freien Gelenkhöhle, so wird das Stilet ausgezogen, und der Gelenkinhalt, soweit er dünnflüssig ist, fliesst nun je nach dem im Gelenke bestehenden Druck in grösserem oder geringerem Strahle ab. Dabei ist darauf zu achten, dass der Spray genau auf die Oeffnung des Troikarts gerichtet ist.

Durch Compression der Gelenktaschen mit der Hand und entsprechende Direction der Troikartkanüle kann man bei flüssigem Inhalt den Abfluss bis zu einem minimalen Rückstande erzwingen. Ist der Inhalt dagegen nicht ganz flüssig, enthält er, was sehr häufig vorkommt, Faserstoffgerinnsel und sonstige Concremente, so kann die Kanüle wiederholt verstopft und der Ausfluss erschwert werden.

Wir lassen nun jeder Punction eine Ausspülung des Gelenkes mit Carbolsäurelösung folgen. Nach Abfluss des Gelenkinhaltes wird mit einem kräftigen Irrigatorstrahl (der von uns dazu benutzte Irrigator befindet sich in der Höhe von 5 Fuss über dem Operationstisch an der Wand befestigt) eine dreiprocentige resp. fünfprocentige Carbollösung durch die Kanüle in das Gelenk hineingelassen, so dass sich die Gelenkkapsel vollständig füllt und alle dehnbaren Divertikel sich stark aufbauchen. Damit jedoch die Carbollösung sicher in alle Buchten und Falten der Gelenkkapsel eindringe, machen wir während des Anfüllens Flexions- und Extensionsbewegungen im Gelenke, sowie Knetungen und Reibungen desselben mit der Hand. Die Manipulation des Füllens und Wiederabfliessenlassens wird so lange fortgesetzt, bis die Carbollösung vollständig klar wieder abfliesst, bis also keine Spur von Eiter, Blut, Fibrincoagulis etc. mehr vorhanden ist. Dies wird gewöhnlich nach etwa 10maligem Füllen erreicht, ist übrigens sehr von der Qualität des Gelenkinhaltes abhängig.

Nachdem nun die Carbollösung möglichst vollständig wieder ausgeflossen ist, zieht man die Kanüle, während die andere Hand das Gelenk comprimirt, heraus.

Die meist wenig blutende Stichwunde wird mit einem Stückchen Protective silk und Krüllgaze bedeckt und das ganze Gelenk mit einem grossen Lister'schen Verbandstück, welches mindestens eine Hand breit nach oben und unten über dasselbe hinausreicht und an den Rändern zum besseren Luftabschluss noch mit Salicylwattestreifen umgeben wird, eingehüllt. Das Gelenk wird darauf festgestellt entweder durch Application einer Popliteaschiene oder, was noch besser ist, durch lange Lagerung in eine Volkmann'sche ⊥-Schiene. Dieser erste und einzige antiseptische Verband bleibt 5 bis 6 Tage liegen, in welcher Zeit die Punctionswunde geheilt ist. Ueber den weiteren Verlauf später noch einige Worte.

Was zunächst die Auswaschung mit Carbolsäure betrifft, so halten

wir diese für durchaus essentiell, nicht als ob wir glaubten, dass die Carbolsäure als solche eine specifische Wirkung ausübe. Das Wesentliche ist vielmehr erstens die gründliche Entleerung des abnormen Gelenkinhaltes, welche durch die Diluirung mittelst der Carbollösung erleichtert wird — eine rein mechanische Wirkung, zweitens ihre reizende Einwirkung auf die Arthromeninx, durch welche eine acute Entzündung mässigen Grades hervorgerufen wird, nach deren Ablauf die Neigung zur chronischen Exsudation schwindet. Worin diese »Umstimmung« der Synovialis besteht, wissen wir nicht, doch fehlt es bekanntlich nicht an Analogien (Jodinjection bei Hydrocele etc.).

Es würde sich nun zweifelsohne derselbe Effect mit manchem anderen gleichzeitig reizend und antiseptisch wirkenden Medicament ebenso gut erzielen lassen, allein die Carbolsäure entspricht allen Anforderungen vollkommen und hatten wir keine Veranlassung, von ihr abzugehen. Nur bei sehr alten Hydarthrosen genügt sie nicht immer, und wird man dann zuweilen zu stärkeren Mitteln (Jodtinctur) seine Zuflucht nehmen müssen.

Sehr wesentlich ist weiter, dass die einzuführende Flüssigkeit mit allen Theilen der erkrankten Synovialis, mit allen den zahlreichen Ausbuchtungen in Berührung komme. Dies erlangt man nicht allein durch die pralle Anfüllung der Gelenkhöhle in einer Stellung, wie sie bei dem Einlassen des Irrigatorstrahls entsteht; denn bei den verschiedenen Stellungen des Gelenkes sind bald diese, bald jene Abschnitte der Gelenkkapsel mehr gespannt, bald der eine, bald der andere Recessus mehr comprimirt. Es wird vielmehr nur eine möglichst pralle Anfüllung in verschiedenen Stellungen des Gelenkes die Garantie bieten, dass alle Theile gleichmässig mit der Injectionsflüssigkeit in hinreichenden Contact kommen. Dieser Contact wird noch verstärkt durch Kneten und Reiben des Gelenkes, was bei vorhandenen Fibringerinnseln ausserdem noch den wichtigen Zweck hat, diese zu verkleinern und zum Abfliessen geeigneter zu machen.

Die Fortsetzung der Auswaschung bis zum klaren Abfluss der Flüssigkeit ist namentlich in solchen Fällen von Wichtigkeit, wo es sich um einen theilweis oder vollständig eitrigen Gelenkinhalt handelt. Denn abgesehen davon, dass ein Zurückbleiben von diesen Massen nur nachtheilig wirken kann, könnte bei der stark coagulirenden Wirkung der Carbolsäure auf Eiweisslösungen eine deckende Schicht auf die Synovialintima abgesetzt werden, wodurch die Einwirkung der Carbolsäure auf letztere abgeschwächt oder ganz aufgehoben würde. Fliesst die Carbolsäure nach mehrmaligem Füllen in unserem Sinne klar wieder aus, so haben wir die grösste Wahrscheinlichkeit, dass nichts mehr von dem ursprünglichen Gelenkinhalte vorhanden ist.

Bei der Anlegung des Verbandes hüte man sich vor einem zu straffen Anziehen der Bindentouren, welchen Fehler wir früher oft machten, von der Absicht geleitet, durch eine starke Compression dem Wiederentstehen eines Ergusses vorzubeugen. Dieses Wiederentstehen gehört nun aber durchaus zu den häufigen Vorkommnissen nach der

Punction, und die Erfahrung hat uns gelehrt, dass dasselbe für den definitiven Erfolg ebenso irrelevant ist, wie die erneute Ansammlung eines Ergusses nach der Punction der Hydrocele mit folgender Jodinjection. Derselbe wird hier wie dort in kurzer Zeit spontan resorbirt. Nothwendig ist nur, dass eine acute Synovitis entsteht. Ob dieselbe mit einer flüssigen Exsudation einhergeht oder nicht, ist gleichgültig. Tritt aber bei einem zu festen Verbande ein stärkerer Erguss ein, so bekommt der Kranke unerträgliche Schmerzen, und ein Verbandwechsel, der zum Mindesten überflüssig gewesen wäre, ist die Folge. Wir sehen deshalb auf ein überall gleichmässiges und glattes Anliegen des Verbandes, vermeiden aber jede erhebliche Compression.

Für die Nachbehandlung ist der unmittelbare Erfolg massgebend. Setzen wir z. B. einen Fall von chronischem Hydarthros, der in typischer Weise verläuft, so lassen wir den ersten Verband 6 Tage liegen, in welcher Zeit die Punctionswunde geschlossen ist. Nun sind zwei Möglichkeiten: Zeigt sich bei der Abnahme des Verbandes das Gelenk ohne erkennbaren Erguss und ohne sonstige Entzündungserscheinungen, so lassen wir den Kranken mit einer elastisch comprimirenden Flanellbindeneinwicklung noch 2 Tage zu Bett liegen und ihn dann vorsichtige Gehversuche bei durch eine Poplitealschiene fixirtem Kniegelenk machen. Sammelt sich auch jetzt, was die Regel, kein Exsudat wieder an, so werden nach weiteren 3 Tagen leichte Bewegungen erlaubt. Nach 14 Tagen ist gewöhnlich die volle Gebrauchsfähigkeit des Gelenkes wieder hergestellt. Wir gebrauchen übrigens die Vorsicht, die Kranken noch einige Wochen eine Flanellbinden-Einwicklung tragen zu lassen. Ist im anderen Falle bei Abnahme des Verbandes ein neuer Erguss vorhanden, so schwindet dieser bei Compression und Ruhelage in wenigen Tagen, und dann tritt wieder die erwähnte Behandlungsweise ein.

Hinsichtlich des Erfolges der Punction können wir im Wesentlichen 3 Gruppen von Fällen unterscheiden:

1) es erfolgt keine erkennbare oder eine leichte fieberhafte Reaction, das Exsudat erscheint nicht wieder;

2) es folgen die klinischen Symptome einer acuten Synovitis mässigen Grades mit Bildung eines Exsudats, das aber schnell resorbirt wird und nicht wieder erscheint;

3) das Exsudat erscheint bei fehlenden Reactionserscheinungen wieder und wird entweder ebenfalls in kurzer Zeit wieder resorbirt oder bleibt.

Die den beiden ersten Gruppen entsprechende Verlaufsweise kommt bei weitem am häufigsten vor. Es handelt sich dabei meist um seröse Exsudate ohne erhebliche secundäre Störungen, um leichtere katarrhalische Eiterungen*) und um Blutergüsse. Trotz der geschilderten Verschiedenheit im Verlauf haben beide Reihen von Fäl-

---

*) R. Volkmann, Ueber die katarrhalischen Formen der Gelenkeiterung. Langenbeck's Archiv für Chir. Bd. I.

len das mit einander gemein, dass die Serosa noch leicht empfänglich war für den applicirten Reiz, so dass durch die Carbolsäure eine acute Entzündung angefacht wird, die nun bald den Charakter des Catarrh sec darbietet, bald zu profuser Exsudation führt. In beiden Fällen aber verliert die Synovialis ihre frühere Disposition zu chronischer Exsudation.

Zu der dritten Gruppe zählen vor allem die veralteten Fälle von Hydarthros mit Verdickung der Kapsel und des perisynovialen Bindegewebes, Dehnung der Bänder etc. Diese Fälle erheischen eine energischere Reizung. Die Punction muss ein- oder mehrmal wiederholt werden, die einzuführende Carbollösung muss verstärkt, eventuell mit schwächeren oder stärkeren Jodpräparaten vertauscht werden. Hin und wieder trotzt auch ein frischerer Fall der ersten Operation. Der Misserfolg liegt dann gewöhnlich an der relativ zu geringen Reizbarkeit der Synovialis. Auch hier sind stärkere Injectionen am Platze und führen ausnahmslos zum Ziele.

Ich werde nun die nach den entwickelten Grundsätzen auf unserer Abtheilung behandelten Fälle kurz referiren und dabei eine Theilung derselben in mehrere Gruppen vornehmen, wodurch die für die verschiedenen Krankheitsformen verschiedene Leistungsfähigkeit der Methode klarer hervortreten wird. Denn da wir vielfach heterogene Erkrankungen auf dieselbe Weise behandelten, so ist auch der Erfolg vielfach von dem oben gegebenen, für relativ junge Hydarthrosen gültigen, Schema abweichend. Dass ein einfacher seröser Erguss bessere Chancen für eine rasche Heilung bietet, als ein chronisch katarrhalischer Pyarthros, und dieser wieder bessere, als eine von vornherein mit schweren, parenchymatösen Erkrankungen verbundene acute Eiterung, versteht sich von selbst. Es gilt hier, wie überall, wo man eine für die Werthschätzung einer Methode brauchbare Statistik erlangen will, der Grundsatz, nicht blos die Quantität, sondern auch die Qualität der Zahlen zu wägen.

Eine Anzahl unserer Fälle würde von einigen neueren Autoren wahrscheinlich mit der Gelenkdrainage behandelt worden sein, und ohne Zweifel ist eine scharfe Grenzbestimmung zwischen den Gebieten beider Operationen bis jetzt noch nicht möglich. Weitere Erfahrungen werden darüber zu entscheiden haben. Principiell würden wir es aber als einen Gewinn ansehen, wenn das Gebiet der Drainage zu Gunsten der Punction eine möglichst ausgedehnte Einschränkung erführe. Denn es bleibt immer die Punction eine weit einfachere und — sit venia verbo — gefahrlosere Operation, als die Drainage, und dieser Umstand verdient entschiedene Berücksichtigung bei einer Methode, die dem praktischen Arzte in die Hand gegeben werden muss, um ihren segensreichen Einfluss voll und ganz zur Geltung zu bringen. Wir kommen übrigens auf diesen Punct weiter unten noch einmal zurück.

Die erste Gruppe bilden die subacuten und chronischen Ergüsse von vorwiegend serös-synovialem Charakter, die je nach der Beimisch-

ung von Zellen und Zellenfragmenten von der Endothelialdecke der Synovialis (Volkmann), von Fibrincoagulis, Blut- und Eiterkörperchen mannigfache Concentrationsgrade und Farbennüancirungen darbieten können. Es sind also neben den reinen Hydarthrosen auch diejenigen Fälle hierhergenommen worden, die als leichtere Formen der katarrhalischen Entzündung Volkmann's und der sero-fibrinösen Synovitis Hüter's aufzufassen sind. Eine scharfe Trennung aller dieser Fälle wäre misslich, da die Uebergänge so ausserordentlich allmälig geschehen. Die annähernde Gleichartigkeit in ihrem Verhalten gegenüber der Carbolausspülung rechtfertigt es, dass wir sie promiscue anführen.

1) Karl Mader, 19 Jahr alt, rec. 17. Februar 1876. Bekam vor 6 Wochen spontan lebhafte Schmerzen in beiden Kniegelenken; allmälige Anschwellung, besonders des rechten.

Hochgradiger Erguss und Druckempfindlichkeit des rechten Kniegelenks. Active Bewegungen unmöglich, Versuch derselben sehr schmerzhaft. Linkes Kniegelenk zeigt einen kleineren Erguss, geringere Empfindlichkeit und Functionsbehinderung.

Vergebliche Behandlung mit Jodpinselungen, forcirter Compression, Massage, Douchen etc. Die Ergüsse verkleinern sich, verschwinden auch zeitweise, um nach der geringsten Anstrengung der Gelenke sofort wieder zu erscheinen.

25. Mai. Punction beider Kniegelenke und Ausspülung mit 3% Carbollösung. Es entleert sich klare, Faserstoffgerinnsel enthaltende, klebrige Flüssigkeit. — Erhebliche febrile Reaction mit Abendtemperaturen bis 39,0. Am 26. Mai wird ein frischer Erguss und ziemlich beträchtliche Schmerzhaftigkeit constatirt. Vom 30. Mai an Fieber und Schmerzen geschwunden, ein Erguss nicht mehr nachweisbar. Dagegen fühlte man in der Bursa ext. und seitwärts von der Patella mit dem Finger ein Hin- und Hergleiten von körperlichen Gebilden im Gelenke, die bei Druck sich verkleinerten und das Gefühl des Schneeballknirschens darboten. Offenbar handelte es sich um Fibringerinnsel, die auf der Innenfläche der Synovialis abgelagert waren und die an den bezeichneten Stellen gegen die feste knöcherne Unterlage gedrückt, sich in erwähnter Weise manifestirten. — Massage, um diese Coagula zu zertheilen, passive Bewegungen etc.

26. August. Beide Gelenke können bis zum rechten Winkel activ gebeugt werden, von den Coagulis nichts mehr zu fühlen. Wegen anderer Leiden bleibt P. noch mehrere Wochen in der Anstalt, während deren er den ganzen Tag umhergeht, ohne dass ein Erguss wiedererscheint. Bei seiner am 2. October erfolgten Entlassung functionirten die Gelenke vollständig normal.

2) Bertha Schwan, 14 Jahre alt, rec. 8. März 1876. Seit 1 Monat allmälig zunehmende schmerzlose Schwellung des rechten Kniegelenks. Heriditäre Lues. — Gummöse Ulcerationen und periarticuläre Abscesse um das rechte Kniegelenk. Beträchtlicher Erguss im Gelenk, ohne Schmerzhaftigkeit; Bewegungen sehr behindert.

9. März. Punction und Ausspülung mit 3%. Carbollösung. 50 Kbcm. synovialer Flüssigkeit werden entleert. Am selben Abend spannende Schmerzen im Gelenk, Erguss kehrt nicht wieder. 18. März wird bei Auskratzung der gummösen Ulcerationen an der Aussenseite das Gelenk eröffnet. Synoviaausfluss. Verheilung ohne Drainage unter typischem Blutgerinnsel ohne jede Reaction. Nach einer antisyphilitischen Cur am 25. Mai geheilt entlassen.

3) Johann Dümchen, 19 Jahr alt, rec. 29. März 1876. Seit 8 Tagen allmälig entstandene schmerzhafte Anschwellung des rechten Kniegelenks infolge Ueberanstrengung.

Mässiger Erguss, grosse Empfindlichkeit, Abendtemperaturen bis 38,6.

31. März. Punction und Ausspülung mit 3% Carbolsäure. Der Gelenkinhalt ist dickflüssig, klebrig, strohgelb und enthält zahlreiche Eiterkörper-

chen. Nach der Punction kein Fieber, keine Schmerzen, aber eine kleine Wiederansammlung des Ergusses, der bei Anwendung einer elastischen Binde rasch verschwindet. 10. April steht Pat. auf und geht umher, die ersten 2 Tage mit fixirtem, dann mit freibeweglichem Gelenke. 18. April entlassen mit vollständiger Beweglichkeit.

4) Ernst Voigt, 26 Jahr alt, rec. 29. Mai 1876. Seit 10 Wochen bestehender, spontan entstandener Hydarthros beider Kniegelenke. Längere Immobilisirung und Jodanstriche sind erfolglos gewesen.

Beträchtlicher Erguss namentlich im linken Kniegelenke. Unter forcirter Compression geht der Erguss rechts innerhalb 4 Wochen vollständig zurück, links ganz unerhebliche Besserung.

8. Juli. Punction des linken Kniegelenks mit nachfolgender Irrigation von 3% Carbollösung. Die entleerte Flüssigkeit ist ganz klar. Es erfolgt entzündliche Reaction: Temperaturen in den ersten 2 Tagen bis 38,4, Schmerz spontan und auf Druck. Neuer Erguss, der nach wenigen Tagen verschwindet.

18. Juli. Steht auf.

Wegen anderer Beschwerden bleibt Pat. noch 4 Wochen im Krankenhause, in welcher Zeit trotz unumschränkten Gebrauchs des Gliedes kein Gelenkexsudat wiedererschien.

18. August geheilt entlassen.

5) Heinrich Koberstein, 26 Jahr, rec. 22. August 1876. Ueberstand vor 4 Jahren acuten Gelenkrheumatismus, von dem eine Anschwellung beider Fuss- und Kniegelenke zurückblieb. Mehrfache Curen hatten nur temporäre Besserung zur Folge.

Erguss in beiden Kniegelenken, rechts etwas bedeutender, als links, ausserdem Auftreibungen und Steifigkeiten fast sämmtlicher grösseren Gelenke. Die Kniee sind sehr druckempfindlich, Bewegungen in hohem Grade beschränkt und schmerzhaft. Bei denselben fühlt man ein rauhes Reiben. Kein Fieber. Pat. ist der Kniegelenke wegen nicht im Stande auch nur einen Augenblick sein Körpergewicht zu tragen.

29. August. Punction des linken Kniegelenks und Auswaschung mit 3% Carbolsäure. Es fliesst reine Synovia aus. Abends und am nächsten Tage 38,5, dann fieberlos. Erguss erscheint nicht wieder.

13. September. Punction und Ausspülung des rechten Kniegelenks. Reine Synovia. Keine Reaction. — 25. October. Bis heute kein Erguss wiedererschienen. Steht auf und macht mit Hülfe von 2 Stöcken vorsichtige Gehversuche bei fixirten Gelenken. Mit Hülfe eines Schienenapparates konnte P. später, soweit dies überhaupt sein sonstiger Zustand erlaubte, gehen. Während seines 8monatlichen Aufenthaltes im Krankenhause traten in den Knieen keine Exsudate wieder auf.

21. Juni 1877 entlassen.

6) Rosalie Heise, 32 Jahr alt, rec. 30. October 1876. Seit mehreren Jahren starker chronischer Hydarthros des linken Kniegelenks. Flexion durch den Erguss und die dadurch vermehrte Kapselspannung behindert. Weder spontan noch bei Druck schmerzhaft.

1. November. Punction und Auswaschung mit 3% Carbollösung. Eine grosse Menge röthlich-gelber fadenziehender Flüssigkeit entleert. Keine Reaction, Erguss kehrt allmälig wieder.

15. December. Zweite Punction und Ausspülung mit 5% Carbolsäure. Reine Synovia. Keine Reaction. Neuer Erguss bei Bewegungen. Klagt über rheumatoide Schmerzen in der Muskulatur der Beine.

30. April 1877. Dritte Punction mit nachfolgender Injection von Tr. jodi fortior (Demme). Reine Synovia fliesst aus. Ziemlich bedeutende Reaction. Heftige Schmerzen und Temperaturen bis 38,6. Anfängliche Wiederansammlung des Ergusses, der unter Compression in wenigen Tagen schwindet. Fernere Behandlung mit comprimirenden permanenten Verbänden, nach deren Abnahme der Erguss nicht wiederkehrt. Gelenk noch etwas schlotternd im Sinne der Adduction und Abduction.

Später stellten sich deutliche atactische Erscheinungen und sensible Störungen an den Beinen ein.

9. August. P. mit normalem Gelenk und bei Gebrauch einer Stützmaschine leidlicher Gehfähigkeit entlassen.

7) Otto Richter, 25 Jahr alt, rec. 24. Febr. 1877. Seit 14 Tagen Anschwellung des rechten Kniegelenks und Schmerz bei Bewegungen ohne nachweisbare Ursachen. Mässiger Erguss im Gelenk, geringe Weichtheilinfiltration. Localtemperatur nicht erhöht. Nach vergeblicher Behandlung mit Hautreizen und Compression am

6. März Punction und Ausspülung mit 3% Carbolsäure. Seröser Inhalt. Weder locale noch allgemeine Reaction.

21. März. Steht auf. Erguss dauernd geschwunden, doch bleibt eine geringe Steifigkeit zurück, die nach passiven Bewegungen mit der Bonnet'schen Maschine schnell verschwindet. Wegen anderer Affectionen noch längere Zeit in Behandlung.

4. Juni mit vollkommen gesundem Gelenke entlassen.

8) August Graf, 23 Jahr alt, rec. 14. April 1877. Seit etwa 5 Wochen spontan entstandene Anschwellung des rechten Kniegelenks, die nach Jodpinselungen und Compression in 14 Tagen verschwand, aber nach 2tägigem Umhergehen wiedererschien. Hochgradiger Erguss im rechten Kniegelenk, Stellung in halber Flexion.

16. April. Punction und Auswaschung mit 3% Carbollösung. Verdünnte Synovia entleert.

17.. April Heftige Schmerzen im Gelenk, neuer Erguss, Temperatur bis 38, 5 in den nächsten 2 Tagen.

23. April. Erguss geschwunden.

26. April. Erste Gehversuche mit fixirtem Gelenk, leichte Bewegungen.

28. April. Geht mit beweglichem Knie.

5. Mai. Geheilt entlassen. Pat. ist seitdem täglich unter meinen Augen. Trotz anstrengender körperlicher Arbeiten ist bis jetzt keine Spur von Erguss wiedererschienen.

9) Paul Hoffmann, 24 Jahr alt, rec. 25. August 1877. Acquirirte vor 4 Jahren durch Fall eine Entzündung des rechten Kniegelenkes. Seitdem nach stärkeren Anstrengungen jedesmal Schmerzen in dem Gelenke. Vor 9 Wochen neue Entzündung, Anschwellung und Bewegungsbehinderung.

Erguss im Gelenk, Druckschmerz, Flexion bis 140° möglich. Die das Gelenk umgebende Haut von normaler Farbe. Mässiges Fieber.

27. August. Punction des Gelenks, 50 Kbcm. zähe, grün-gelbe Flüssigkeit fliessen ab. 3% Carbolausspülung. Keine unmittelbare Reaction. Fieber nimmt den Charakter der contin. remittens mit allmäliger Steigerung an und steht in keinem Verhältniss zu dem Befunde am Kniegelenk. Wegen fortbestehender leichter Schwellung und Schmerzhaftigkeit wird wegen Verdachts auf eitrige Arthromeningitis am

7. Sept. die zweite Punction gemacht, bei der sich eine minimale Menge leicht blutig tingirter Synovia entleert. Kein Einfluss auf locale und allgemeine Symptome. Allmälig manifestirt sich eine acute Miliartuberkulose. Exitus 28. Sept.

Das rechte Kniegelenk enthielt eine geringe Menge leicht blutig gefärbter Synovia. Die Synovialis und die peri-synovialen Gewebe sind ödematös, erstere stellenweise blutig suffundirt und rauh an der Oberfläche. Auf der Höhe des inneren Condylus femoris ist der Knorpel leicht usurirt.

10) August Eckold, 28 Jahr, rec. 15. Sept. 1877. Traumatische Entstehung eines Hydarthros genu sin. vor 4 Wochen. Durch Hautreize zum Verschwinden gebracht, kehrte derselbe nach kurzem Gebrauche des Beines wieder. Mässiger Erguss, geringe seitliche Beweglichkeit, keine Druckempfindlichkeit.

Bis zum 27. Sept. wird unter forcirter Compression der Erguss resorbirt. Nach 2tägigem Umhergehen mit fixirtem Gelenke neuer Erguss.

1. Oct. Punction und Ausspülung mit 3% Carbollösung. Es entleert sich verdünnte Synovia.

5. Oct. Keine Reaction eingetreten, Erguss ganz verschwunden.

7. Oct. Geht umher und macht leichte Bewegungen.

Bis zur Entlassung unumschränkter Gebrauch, ohne Wiederansammlung des Ergusses.

16. Oct. mit vollständig gesundem Gelenk entlassen.

11) Sophie Liphard, 33 Jahr alt, rec. 27. Sept. 1877. Vor 14 Tagen spontane Anschwellung des rechten Kniegelenks ohne Schmerzen und ohne Fieber.

Hochgradiger Erguss, Kapsel prall gespannt.

29. Sept. Punction, Entleerung von 150 Kbcm. leicht getrübter Synovia, Ausspülung mit 5% Carbolsäure.

6. Oct. Erguss geschwunden, weder Fieber, noch Schmerzhaftigkeit trat auf. Bis zum 18. Oct. Feststellung des Gelenkes, dann Gehversuche und passive Bewegungen.

25. Oct. Mit vollständig normalem Gelenke entlassen.*)

Was in diesen 11 Fällen zunächst die Aetiologie betrifft, so geben 3 Patienten ganz bestimmt ein Trauma an, 6 wissen von einem solchen nichts und beschuldigen eine Erkältung und dergleichen als Ursache ihres Leidens. In Fall 5 handelt es sich um einen chronischen polyarticulären Gelenkrheumatismus, bei dem die Kniegelenksergüsse nur eine secundäre Rolle spielen, und Fall 2 betrifft eine hereditäre Lues mit gummösen Ulcerationen um das Kniegelenk; hier ist die Synovitis unzweifelhaft Folge der durch die Entzündungsprocesse der Umgebung gesetzten Reizung gewesen.

Die durch die Punction entleerte Flüssigkeit war in 7 Fällen rein serös-synovial oder enthielt doch nur Spuren von beigemischten morphologischen Elementen. In 2 Fällen (6 und 9) ergab die erste Punction eine molkig getrübte, reichliche Mengen von Eiterkörperchen und Endothelzellen enthaltende Flüssigkeit. Bei Fall 1 findet sich in dem sonst rein serösen Inhalt eine auffallende Menge von Fibrincoagulis, und werden auch später noch derartige auf der Synovialintima abgesetzte Coagulationen nachgewiesen. In einem Falle (3) endlich fand sich ein vorwiegend eitriges Exsudat.

Bezüglich des Verlaufes nach der Operation ist zu erwähnen, dass nach den 13 an 10 Patienten (die Doppelpunction bei Fall 1 einfach und der an Tuberkulose zu Grunde gegangene Fall 10 nicht mitgerechnet) vorgenommenen Punctionen 5 Mal überhaupt gar keine Reaction erfolgte, auch kein Recidiv des Exsudates eintrat. 4 Mal trat eine mehr oder weniger heftige Reaction ein, bestehend in Schmerzhaftigkeit des Gelenkes, Fieber und temporärer Wiederansammlung des Exsudates. 1 Mal erfolgte eine fieberhafte Reaction ohne neuen Erguss, 1 Mal neuer Erguss ohne fieberhafte Reaction und 2 Mal

*) Während des Druckes dieser Arbeit haben wir die Punction und Ausspülung bei einer reinen Arthritis urica angewandt. Ein 46 Jahr alter Mann, der seit 23 Jahren an genannter Krankheit leidet, bekam 8 Tage vor der Aufnahme einen heftigen Gichtanfall, der diesmal vorwiegend das rechte Kniegelenk befiel, während früher meist die Grosszehen- und Fussgelenke betroffen wurden. Das Gelenk enthielt einen enormen Erguss, war sehr schmerzhaft. Nach der Ausspülung keine Reaction; kein Erguss wieder erschienen. Schmerzen sofort geschwunden. Also vorzüglicher symptomatischer Erfolg.

(beide Fall 6 betreffend) trat keine Reaction ein und der Erguss recidivirte dauernd.

Das definitive Resultat gestaltet sich folgendermassen: 9 Patienten sind vollständig geheilt, 1 an Tuberkulose gestorben. Bei Fall 5 hatten die Punctionen den Erfolg, dass die vorher absolut unbrauchbaren Kniegelenke wieder tragfähig wurden, wodurch für den bis dahin zu continuirlicher Bettlage verurtheilten Kranken der enorme Vortheil erwuchs, mit Hülfe eines Stockes umhergehen zu können. Mehr liess sich nicht erwarten.

(Fortsetzung folgt.)

Eine geheilte Schädelfractur.

Von

Dr. Th. Kölliker,
I. Assistent der anatomischen Anstalt in Würzburg.

Am 24. Juli 1875 wurde in der Nähe von Würzburg Georg S., 34 Jahr alt, von der Eisenbahn überfahren, dabei der Kopf völlig vom Rumpfe getrennt. Die Leiche wurde auf die Anatomie gebracht, und da kein Grund zu einer gerichtlichen Section vorlag, der Schädel macerirt.

An dem macerirten Schädel fanden sich nun nicht nur die Folgen des ebengenannten Unfalles, sondern auch eine alte, geheilte Fractur.

Die frische Verletzung zeigte:

Die Hinterhauptschuppe ist der Quere nach gebrochen, das rechte untere Stück derselben nach innen gerichtet, die rechte Pars condyloidea des Hinterhauptsbeins abgesprengt, desgleichen die vordere Hälfte der Pyramide des Felsenbeins quer abgebrochen, so dass die Schnecke in ihrer Axe halbirt erscheint; Fissur durch die linke Schläfenbeinschuppe und den linken äusseren Gehörgang.

Bei der zweiten, der geheilten Fractur handelt es sich um eine Depressionsfractur des linken Scheitel- und Stirnbeins, und hat das Bruchstück eine Länge von $11^1/_2$ Ctm. und eine grösste Höhe von 6 Ctm. Der untere Rand des Knochenstückes liegt um 4 Mm. tiefer, als die Umgebung.

Von dieser Fractur gehen 4 jetzt als Rinnen sich präsentirende Fissuren aus und zwar:

1) Eine von dem ersten Drittel des unteren Randes in der Gegend der Kranznaht durch den grossen Keilbeinflügel der linken Seite bis zur crista alae magnae.

2) Von dem vorderen Rande durch das Stirnbein an dem Foramen supraorbitale vorüber bis zur Naht zwischen Stirnfortsatz des Oberkiefers und Stirnbeins.

3) Von dem oberen Rande quer über den Schädel hinter der Kranznaht bis zur Mitte der rechten Schläfenbeinschuppe; $4^1/_2$ Ctm. oberhalb der Sutura squamosa geht ein Ausläufer dieser Fissur 6 Ctm. nach rückwärts bis zum Scheitelbeinhöcker.

4) Von dem hinteren Rande eine Fissur nach rückwärts durch das linke Scheitelbein, die Schuppe des Hinterhauptsbeins bis auf $2^1/_2$ Ctm. vom grossen Hinterhauptsloch.

Das Bruchstück selbst besteht wieder aus drei Theilen, von denen das hintere untere dem linken Scheitelbein, das hintere obere und das vordere dem linken Scheitel- und Stirnbein angehören.

Bei innerer Ansicht des Schädels zeigt sich der deprimirte untere Rand scharfkantig vorspringend.

Die Bruchstücke und die Fissuren haben sich alle knöchern vereinigt, nur an einzelnen Stellen finden sich stecknadelkopfgrosse Zwischenräume; die grösste Spalte von ca. 1 Ctm. Länge liegt im hinteren Ende des deprimirten unteren Randes. Die Fissuren sind, wie schon oben bemerkt, durch Rinnen im Knochen kenntlich.

Auf Nachforschungen in der Heimath des betreffenden Individuums ergab sich, dass derselbe an der fraglichen Verletzung im Spitale zu Braunschweig behandelt worden war und verdanken wir die Krankengeschichte Herrn Medicinalrath Dr. Uhde daselbst, dem wir an dieser Stelle besten Dank für die gütige Uebersendung sagen.

Wir lassen einen Auszug aus derselben folgen:

Georg S., 33 Jahr alt, aus Uehlfeld, wird am 26. März 1874 bewusstlos ins Krankenhaus gebracht. Die Lider des linken Auges sind bläulich verfärbt, geschwollen, die linke obere Kopfhälfte geschwollen, an einigen Stellen Fluctuation; am Os parietale sinistrum sind Crepitationen zu fühlen. Puls 88.

27. März. Patient giebt an, mit einem Eisen über den Kopf geschlagen worden zu sein, spricht übrigens undeutlich und gebrochen; Unruhe, Zuckungen im rechten Arme.

28. März. Sprache undeutlich. Der Mund verzogen; linksseitige Lähmung im Bereiche des N. facialis: Zuckungen der rechten Gesichtshälfte und des rechten Armes.

29. März. Zuckungen im rechten Bein.

30. März. Dieselben sind häufiger und heftiger.

31. März. Der rechte Arm gelähmt.

1. April. Es ist eine hervorspringende Knochenkante, welche dem Os parietale sinistrum angehört und von vorn nach hinten verläuft, zu fühlen.

2. April. Patient schleppt das rechte Bein nach, Mund und Nase stehen schief, die Zunge wird nicht gerade aus dem Mund gestreckt.

3. April. Gang weniger schleppend.

4. April. Nachts Zuckungen im ganzen Körper, der rechte Arm wird wieder bewegt.

5. April. Die Sensibilität ist in beiden rechten Extremitäten gestört.

6. April. Die bis jetzt vorhandenen Kopfschmerzen haben nachgelassen.

13. April. Die Sensibilität im rechten Arm noch abgeschwächt, das rechte Bein wird weniger nachgezogen.

14. April. Die Sprache wird verständlicher.

24. April. Die Kraft im rechten Arm nimmt zu, Sprache noch stotternd.

7. Mai. Der rechte Arm ist schwächer als der linke, das rechte Bein wird noch nachgezogen.

26. Mai. Austritt. Sprache stotternd, linke Gesichtshälfte gelähmt.

Der Tod erfolgte demnach genau 16 Monate nach der Verletzung. Ob derselbe ein freiwilliger war, wie die Polizeibehörde annahm, vermögen wir nicht zu entscheiden, da es uns leider nicht

gelang, über das Befinden des S. vor seinem Tode irgend etwas in Erfahrung zu bringen.

Wir haben geglaubt diesen Fall mittheilen zu sollen, einmal weil derselbe durch die grosse Ausdehnung der Verletzung, und durch das gleichzeitige Vorkommen eines alten geheilten und eines frischen Bruches des Schädeldaches zu den selteneren gehört, zweitens weil von nicht vielen geheilten Brüchen des Schädels die Krankengeschichte und der Sectionsbefund veröffentlicht sind. Ausserdem erscheint auch die unmittelbar nach der Verletzung eingetretene Störung der Sprache bemerkenswerth und heben wir hervor, dass der vordere Theil des deprimirten Stückes der dritten linken Stirnwindung entspricht. —

J. M. Charcot. Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems, ins Deutsche übertragen von Dr. Berthold Fetzer. II. Abtheilung. 2. Theil.

Stuttgart, **Bonz & Co.** 1877.

Dieses in französischer Sprache bereits 1873 erschienene Heft der Charcot'schen Vorträge behandelt das chirurgisch wichtige Capitel der allmäligen Compression des Rückenmarks in 4 Vorlesungen. Nachdem Verf. die Tumoren des Markes und der Meningen, mit Einschluss der Pachymeningitis hypertrophica, und die Krankheiten der intraspinalen Fettschicht kurz besprochen, verweilt er länger bei den Krankheiten der Wirbel. Gelegentlich des Malum Pottii weist Ch. die sehr verbreitete Ansicht zurück, dass die übermässige und häufig winklige Krümmung Ursache der Paraplegie sei. Vielmehr entsteht die Compression durch die Bildung eines pilzähnlichen Körpers, welcher das Endproduct der käsigen Pachymeningitis interna darstellt. Der Wirbelkrebs kann zur »Paraplegia dolorosa carcinomatosa« führen, ohne dass das Rückenmark comprimirt wird, indem die ganzen Wirbel in Folge von krebsiger Infiltration so weich werden können wie Kautschuk und alsdann die Nervenstämme bei ihrem Durchtritt durch die Intervertebrallöcher comprimiren. Mag es sich aber um Wirbelcaries, um Krebs, um irgend einen Tumor, oder selbst um intraspinale Schwellung handeln, die nothwendige Folge der allmäligen Compression des Rückenmarks ist in allen diesen Fällen dieselbe: eine transversale Myelitis mit consecutiver aufsteigender und absteigender Sclerose. Trotzdem ging in vielen Fällen die Paraplegie vollständig zurück; so in einem Falle, wo p. m. das Rückenmark an der Compressionsstelle nur den dritten Theil des normalen Querschnittes und nur noch ein graues Horn zeigte. Ch. schreibt diesen günstigen Verlauf der Application des Glüheisens zu beiden Seiten des Buckels zu. Weiter bespricht Ch. die indirecten Symptome (S. extrinsèques) und directen (S. intrinsèques) der Spinalcompression. Die ersteren gehen den letzteren voran und bestehen wesentlich in Pseudoneuralgien (burning pains), Hauteruptionen wie Zoster, Pemphigus,

selbst Brandschorfe und mehr oder weniger rapider Atrophie, Paralyse und Contractur der Muskeln — alles Effecte der Laesion von Nervenwurzeln. Die directen Symptome lassen sich zusammenfassen als die allgemein bekannten der queren Compressionsmyelitis. Die temporäre Rigidität der Muskeln, welche schliesslich in permanente Contractur der Gliedmassen ausgeht, führt Ch. zurück auf die secundäre Degeneration der Seitenstränge. Den Mechanismus der Blasenstörungen (Incontinenz bei tiefem Sitz der Erkrankung in der Nähe der oberen Partie des Lendentheils — Dysurie bei höherem Sitze) versucht Ch. nach der Theorie von Budge zu erklären. Von den sensibeln Störungen hebt Ch. besonders die sogenannten associirten Empfindungen als charakteristisch für die Compressionsparaplegie hervor. Schliesslich bespricht er die Brown-Séquard'sche halbseitige Spinallähmung.

In der 4. (8.) und letzten Vorlesung handelt Ch. von der cervicalen Paraplegie. Bei dieser Lähmung ist ausschliesslich oder wenigstens vorwiegend eine der beiden Oberextremitäten oder alle beide zugleich gelähmt, während die unteren Extremitäten an der Lähmung erst später und in viel geringerem Grade Theil nehmen. Von peripher bedingter Lähmung unterscheidet sich die cervicale Paraplegie vor allem dadurch, dass bei letzterer die Reflexerregbarkeit erhalten bleibt oder gar gesteigert ist, während sie bei der peripheren fehlt. So traten in einem Fall von Halswirbelcaries (Budd) bei einem scrophulösen Mädchen, sobald sie Urin oder Stuhl entleerte, in der später gelähmten Unterextremität, seltener in der gleichartigen Oberextremität ganz unwillkürliche Bewegungen ein. Nachdem Ch. sodann die Mydriasis spastica, sowie die Myosis paralytica erwähnt hat, macht er auf die Möglichkeit einer Verwechslung mit beginnender Schwindsucht aufmerksam, insofern Husten und Dyspnoe bei Compression der oberen Partien des Rückenmarks lange Zeit vor dem Eintritt der Paraplegie für sich allein bestehen können (Gull).

Ferner finden sich, analog den crises gastriques bei Tabes, gastrische Störungen und wiederholtes Erbrechen, sowie ausserdem noch Schlingbeschwerden und Singultus. Diese Störungen können, ebenso wie solche von Seiten der Blase und des Mastdarms, der Paraplegie lange vorausgehen. Auch periodische Anfälle von Epilepsie sind beobachtet. Besonders interessant aber ist die permanente Pulsverlangsamung bis auf 20 Schläge in der Minute, welche aber meist sehr bald einer Beschleunigung Platz macht. Damit verbunden sind schwere Zufälle, welche die Symptome einer Synkope oder solche zwischen Synkope und apoplektischem Anfall, zuweilen auch epileptiforme Zuckungen zeigen. In einem solchen von Halberton beschriebenen Falle trat während eines dieser Anfälle der Tod ein.

Seeligmüller (Halle).

Riedinger. Klinische und experimentelle Studien über die künstliche Anämie bei Operationen, besonders über die Stillung der Blutung nach Lösung des elastischen Schlauches.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. VII. p. 460.)

Der Hauptvorwurf, welcher der Esmarch'schen Methode der localen Anämie gemacht wird, dass die starke capilläre Blutung nach Lösung des Schlauches oft die beabsichtigte Blutersparung illusorisch macht und die Beendigung der Operation verzögert, regte den Verf. zu Versuchen mit dem inducirten electrischen Strome an. Es ergab sich, dass auch dann, wenn die Theile durch längere Zeit blutleer waren, durch einen starken Inductionsstrom eine so kräftige Contraction der willkürlichen Muskulatur und der Wandungen der kleinen Gefässe hervorgebracht wird, dass die lästige Nachblutung vollständig vermieden werden kann.

Der Vorgang, wie ihn Verf. bei Operationen am zweckmässigsten fand, ist folgender: nach Beendigung der eigentlichen Operation werden alle sichtbaren Gefässlumina unterbunden, hierauf wird ein starker Inductionsstrom mittelst grosser Schwammelectroden, von welchen eine auf die Wunde, die andere neben derselben angesetzt wird, durch eine Minute einwirken gelassen, dann der elastische Schlauch gelöst und die Blutstillung vollendet. Es zeigte sich, dass auf diese Art die Blutung wirklich auf ein Minimum reducirt wurde. Eine Anzahl von Operationsgeschichten sind zur Illustration beigegeben.

Gersuny (Wien).

M. Schüller. Ueber die Bacterien unter dem Lister'schen Verbande.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. VII. p. 503.)

Verf. nahm eine grössere Anzahl von mikroskopischen Untersuchungen der Wundsecrete unter dem Lister'schen Verbande vor, und parallel Uebertragungen derselben Secrete in Bergmann'sche Nährflüssigkeit, um gleichzeitig die Entwickelungsfähigkeit der etwa vorhandenen Bacterien zu prüfen. In einer Anzahl von Fällen waren zu keiner Zeit des Wundverlaufes Bacterien im Secrete nachweisbar, auch blieb die Nährflüssigkeit klar. In manchen Fällen erregte das Secret aus einer gewissen Periode des Wundverlaufes eine schwache Bacterienentwickelung in der Nährflüssigkeit, während dasselbe vorher diese Eigenschaft nicht gezeigt hatte, und sie nachher wieder verlor.

Endlich wurde eine Serie von Fällen mit reichlicher Bacterienentwickelung beobachtet. Es waren dies Fälle, bei welchen vor der Operation Eiterungen bestanden hatten und bei welchen in infiltrirtem Gewebe operirt worden war; hier war zuweilen am ersten Tage das Secret bacterienfrei, später bacterienhaltig. Verf. stellt sich vor, dass in diesen Fällen eine Ausscheidung im Körper (in der Umgebung der Wunde, im Blute) befindlicher Bacterien stattfinde, ähnlich wie Farbstoffkörnchen, in eine Vene injicirt, an Wundflächen im Secrete

zum Vorschein kommen. Am Tage nach der Operation werde diese Ausscheidung noch zurückgehalten, zum Theil in Folge der Verdichtung des Gewebes durch die Aetzung mit Carbol- oder Chlorzinklösung. Bei Wundkrankheiten fehlten die Bacterien nie. Als Beweis für die angeführte Theorie von der Filtration der Bacterien führt Verf. an, dass er in zwei Fällen von Wunderysipel, als der Beginn der Complication schon manifest war, noch keine Bacterien im Wundsecrete fand; später traten dieselben reichlich auf.

Gersuny (Wien).

Byasson. Etude sur la transformation de l'acide salicylique.

(Journal de Therapeutique 1877 No. 19.)

Verf. hat in einer Reihe von Fällen den Urin von Leuten untersucht, die mit salicylsaurem Natron behandelt wurden. Zur Controlle hat er an sich selbst experimentirt, und seinen Urin einer genauen Prüfung unterworfen. In allen Fällen ergab die Untersuchung dieselben Resultate, nämlich:

1) Die Salicylsäure in der Form des Natr. salicyl. in den Körper eingeführt, ist im Urin nachweisbar und zwar schon 25 Minuten nach dem Genuss. Eine Dosis von 3,0 wird in 36—40 Stunden ausgeschieden.

2) Das salicylsaure Natron erscheint zum Theil im Urin wieder als Salicylsäure, ein anderer Theil wird in septisch wirksames Salicin, in Salicylursäure und wahrscheinlich auch Oxalsäure umgewandelt.

3) Der Urin, der einige Stunden nach dem Genuss von Natr. salic. 2,0—3,0 gelassen wird, hat die Eigenschaft, die Polarisationsebene nach links zu drehen. Diese Eigenschaft verdankt er dem entstandenen Salicin.

4) Das Natr. salicyl. erhöht das Verhältniss der stickstoffhaltigen Substanzen und der Harnsäure.

5) Das dem Organismus einverleibte Salicin erscheint als solches nach wenigen Stunden im Urin wieder und behält seine optischen Eigenschaften.

Paul Schede (Magdeburg).

Kusy. Die vereinfachte und verbesserte Spiralschnurfeile.

(Wiener med. Presse 1877. No. 36.)

K.'s zum Ersatz der Jeffray'schen Kettensäge erdachtes Instrument ist folgendes:

Die Säge oder vielmehr Feile wird repräsentirt durch einen Hohlcylinder, bestehend aus einem spiralförmig gewundenen, mit scharfkantigen Schraubengängen versehenen Drahte, welcher mittelst einer der Länge nach durchgezogenen übersponnenen Seidensaite, an welcher die Griffe befestigt werden, gespannt und bewegt wird. Zwei an den Enden der Spiralschnur aus der Saite geschlungene Knoten verhindern die Entfernung der Schraubenwindungen des Drahtes von

einander. Das Instrument, welches bereits am Lebenden versucht wurde, soll rasch arbeiten und reine Schnittflächen geben.

Winiwarter (Wien).

Grassot. De la pustule maligne et de son traitement rationel.

(Journal de thérapeutique 1877. No. 17.)

Nachdem Verf. einige Bemerkungen über die Art und Weise, wie das Gift in den Körper gelangt, vorausgeschickt, und eine eingehende Beschreibung der P. mal. selbst, der Veränderungen, die ihr Auftreten in den umgebenden Gewebspartien hervorruft, gegeben hat, schildert er den weitern Verlauf der Krankheit und schliesst die Möglichkeit einer spontanen Heilung vollständig aus. Er glaubt, dass diejenigen Autoren, die eine solche beobachtet haben wollen, es gar nicht mit p. mal. zu thun gehabt haben. Die Häufigkeit ihres Vorkommens berechnet er aus einer Zusammenstellung der Fälle aus 20 Jahren auf 1 P. mal. jährlich auf 800 Menschen. Es existiren gewisse Prädilectionsstellen für ihr Auftreten am Körper. Unter 81 befanden sich 32 im Gesicht, 16 an den Händen, 14 an den Armen, 8 am Hals und Nacken, 4 auf der Brust, 4 an den Beinen, 2 am Gesäss, 1 am Bauch. Auch nach den Jahreszeiten ist ihr Vorkommen verschieden. Von 84 Fällen kamen 29 im Juli, 25 im August, 12 im October, 6 im September, 5 im Juni, 2 im Mai, 2 im März, in den übrigen Monaten nur je eine vor.

Die Behandlung besteht 1) in der Zerstörung des Infectionsherdes, 2) im Hervorrufen einer Entzündung, die fähig ist, die septischen Stoffe, die der Zerstörung entgangen sein sollten, zu eliminiren. Nachdem Verf. die verschiedenen trockenen und flüssigen Caustica, theils als ungenügend, theils weil man die Tiefe ihrer Wirkung nicht kennt, verworfen hat, empfiehlt er als bestes und sicherstes Mittel das Ferrum candens, welchem er wegen der Bequemlichkeit der Handhabung, wegen der Möglichkeit, durch verschieden geformte Eisen sich allen Verhältnissen anzupassen, wegen der Schnelligkeit der Wirkung und der im Vergleich zu den Aetzmitteln geringen Schmerzhaftigkeit, den Vorzug vor jenen geben zu müssen glaubt. Nachdem tiefe Kreuzschnitte in die erkrankten Partien gemacht sind, wird das weissglühende Eisen eingesetzt und so möglichst tief und gründlich alles Kranke zerstört. Blutungen stehen leicht durch Anwendung eines dunkelroth glühenden Eisens, welches man in der Wunde erkalten lässt. Ist in seltenen Fällen der Infectionsherd nicht deutlich begrenzt, so empfiehlt Verf., die verdächtigen Partien durch dicht nebeneinander aufgesetzte glühende Nadeln vollkommen zu umzäunen. Am 2. oder 3. Tage verschwindet die Infiltration der Gewebe und es stellt sich Eiterung ein. Selten genügt eine einmalige Cauterisation nicht vollkommen. Unter 100 Fällen war eine Wiederholung nur 7 Mal nöthig. Eine Reihe kurzer Krankengeschichten veranschaulichen den prompten Erfolg der Anwendung des Ferr. cand.

P. Schede (Magdeburg).

Lebert. Observations de phthisie consécutive à des traumatismes de la poitrine.

(Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877. No. 10.)

1) Fall auf die linke Seite der Brust. Seit diesem Tag Husten und Brustschmerzen. Phthise. Tod nach 4 Jahren.

2) Fall auf die rechte Seite der Brust mit starker Contusion, Schmerzen, Husten, Athmung behindert, Fieber seit dem Unfall, Phthise; Tod nach 4 Monaten.

3) Contusion der Brust durch ein Fass, unmittelbar nachher Bluthusten, dann stetiger Husten, Fieber. Tod nach 9 Monaten.

4) Quetschung der Brust durch Ueberfahren, 2 Rippen fracturirt. Schmerzen, Husten, Dyspnoe. Phthise. Tod nach 9 Monaten. —

Alle 4 Fälle betreffen kräftige Männer, die vor dem Trauma an keinerlei Erkrankungen von Seiten der Lungen gelitten hatten. Die Section ergab, dass die Lunge vorwiegend ergriffen war, die der verletzten Brustseite entsprach. **Th. Kölliker** (Würzburg).

Richer. Rétraction de l'aponévrose palmaire.

(Soc. anat. seance du 9. mars 1877. Progrès médical 1877. No. 19.)

Die in der Ueberschrift genannte Affection fand sich zufällig an der Leiche eines Greises und wurde einer genauen Untersuchung unterworfen. Indem wir in Betreff des Näheren auf das Original verweisen, heben wir aus dem Befunde Folgendes hervor: Das Leiden hatte beide Hände gleichmässig ergriffen. Der Ringfinger war stark flectirt und konnte nicht gestreckt werden, die übrigen Finger konnten extendirt werden, soweit es der flectirte Ringfinger zuliess. — Linke Hand: sehr innige Verwachsung zwischen Haut und Palmaraponeurose, Schwund des Fettes an den afficirten Stellen, während daselbe daneben die Haut hervorbuckelt. Die von der Aponeurose abgetrennte Haut hat ihre Elasticität bewahrt. Die Fasc. palmar. selbst ist verändert. Die Bündel, welche dem Ringfinger entsprechen, sind spindelförmig verdickt und reichen weiter nach unten (nach den Fingerspitzen zu), als in der Norm. Die seitlichen Bündel verbinden sich theilweise mit den Sehnen der m. interossei und der Extensoren. Die den übrigen Fingern entsprechenden Bündel zeigen ähnliche, aber viel weniger hochgradige Veränderungen, die Verwachsungen mit der Haut sind ausgedehnter, als gewöhnlich. Die die Commissur zwischen den Fingern bildenden Interdigitalfasern sind zwischen Zeige- und Mittelfinger normal, in den beiden andern Commissuren (zu beiden Seiten des Ringfingers) zahlreicher und gespannter. Unter der Palmaraponeurose sind alle Gewebe normal, die Sehnen spielen frei in ihren Scheiden. Die Metacarpo-Phalangeal-Gelenke sind frei, nur die Knorpel ein wenig arrodirt. — Die rechte Hand zeigt dieselben Veränderungen nur in geringerem Grade. — In beiden Ellenbogen-Gelenken Arthritis deformans. — Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigen die Sehnenbündel normale Structur, nur sind sie mehr zusam-

mengedrängt (plus serrés) und zahlreicher; die elastischen Fasern sind vielleicht ein wenig zahlreicher und voluminöser. — Die Structur der Haut an den adhärirenden Stellen zeigt sich nicht verändert. — Resumé: 1) Die Fasc. palmr. ist allein verändert; 2) die Affection hat beide Fascien ergriffen und ist symmetrisch; 3) das Leiden fällt zusammen mit ihren Gelenkaffectionen; 4) die mikroskopische Untersuchung ergiebt keine Spur von Entzündung in den retrahirten Partien. —

In der sich anschliessenden Debatte sagt Pozzi, dass die Fingerverkrümmung sehr häufig mit gichtischen und rheumatischen Leiden zusammenfalle, welches Houel bestreitet. Després glaubt, dass Traumen die Ursache seien, Charcot nicht. Houel will schliesslich 2 Formen, eine traumatische und eine spontane, aufstellen.

Petersen (Kiel).

Kleinere Mittheilungen.

Marcuse. Casuistische Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Strassburg.

(Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. VII. p. 546.)

1. Mannskopfgrosses Enchondrom des rechten aufsteigenden Sitz- und absteigenden Schambeinastes bei einem 16jährigen Mädchen. Operation. Heilung.

Der Tumor bestand seit 4 Jahren, sass dem Becken aussen auf, war aber auch durch das Foramen ovale in die Beckenhöhle hineingewuchert. Nach Freilegung des Tumors wurde der breite Stiel desselben abgeschnitten und an der Ansatzstelle alles Verdächtige abgemeisselt. Von dem Foramen ovale aus wurden die hineingewucherten Massen herausgeholt. Offene Wundbehandlung. Die durch ein Erysipel gestörte Heilung war nach etwa 4 Monaten vollendet.

2. Oberflächliches Hautcarcinom der vorderen Seite des rechten Oberschenkels bei einem 23jährigen Mädchen, in ulcerirten Verbrennungsnarben entstanden. Amputation des Oberschenkels. Heilung.

Die Verbrennung hatte im 8. Lebensjahre stattgefunden, die Benarbung war erst nach 3 Jahren beendet. Seit 5 Jahren wurde die Narbe durch schwere Arbeit an einer härteren Stelle über der Patella öfter eingerissen. Es entstand ein handgrosses Geschwür, das sich in mehreren Monaten unter geeigneter Behandlung sehr verkleinerte, doch wucherte später eine schwammige Masse daraus hervor, die rasches Wachsthum zeigte. Die abgetragene Masse erwies sich unter dem Mikroskop als Carcinom. Die Exstirpation brachte keine Heilung, es entstanden auch in der Umgebung harte Knoten, so dass die Amputation des Oberschenkels nothwendig wurde.

Dieselbe wurde mit dem Ovalärschnitte ausgeführt, die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. **Gersuny** (Wien).

Panas. Procédé pour arrêter les hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie.

(Journ. de méd. et chir. pratiques. Tome XLVIII. 1877. Juni. Cah. 6. p. 255.)

Bezüglich der Tonsillotomie mit dem Tonsillotome und der Behandlung der dabei eintretenden Blutungen giebt P. folgende Anweisungen: man soll sich bei Anlegung des Instrumentes an die Tonsillen parallel dem Gaumenbogen halten, so dass der untere Rand des Instrumentes mehr nach aussen gedreht wird, als der obere, dann bekommt man die Tonsille besser in den Ring des Instruments hinein. Zuerst soll die linke in Angriff genommen werden, als die schwierigere. Es ist von kei-

nem wesentlichen Belang, ob die ganze Tonsille entfernt ist, da das Organ, wenn ihm ein Theil, etwa die Hälfte nur genommen ist, vollständig atrophirt; im Gegentheil, bei dem Versuche einer Totalexstirpation kann man bedeutende Blutungen herbeiführen, die sich schwer stillen lassen. Unter der Tonsille befindet sich ein lockeres Zellgewebe, welches einen starken Venenplexus enthält; derselbe kann bei der Totalexstirpation mit verletst werden und wird die eintretende Blutung durch die Schluck- und Spuckbewegungen des Pat. noch vermehrt. P. sah diese Blutungen sofort nach der Operation eintreten, in anderen Fällen auch erst einige Zeit danach; als das einzig Wirksame dagegen empfiehlt er die Digitalcompression der blutenden Stelle, die trotz Würgen und Erbrechen seitens des Pat. mehrere Minuten ausgeübt werden muss. **Boeters** (Berlin).

Donald Macleod. Case of paracentesis pericardii.

(Glasgow med. Journ. 1877. Juli.)

Verf. führte bei einem 23jährigen Pat. mit einem pericarditischen Exsudat, das durch seine Grösse die Herzbewegung in bedrohlicher Weise beeinträchtigte, die Paracentese des Pericardiums aus, nachdem alle sonstigen Mittel vergeblich angewandt waren. Die Operation wurde (29. April 1874) mit dem Dieulafoy-schen Aspirator ausgeführt und der Einstich im 5. Intercostalraum 2 Finger breit vom linken Sternalrande gemacht. Es flossen 600 Grm. blutig tingirter, seröser Flüssigkeit ab.

Augenblicklicher vorzüglicher Erfolg. Der Puls wurde regelmässiger und voller, die durch des Exsudat comprimirt gewesene Lunge dehnte sich sofort wieder aus. Das subjective Befinden namentlich wurde ausserordentlich gebessert.

Nach wenigen Tagen jedoch Wiederansammlung des Exsudates. 2. Punction (14. Mai) entleert 900 Grm. Flüssigkeit. Sofortige Besserung der bedrohlichen Erscheinungen mit abermaliger Verschlechterung nach wenigen freien Tagen.

Am 25. Mai wurde die 3. Punction gemacht, bei der 450 Grm. herausbefördert wurden. Anfangs Besserung, dann Hinzutreten eines linksseitigen pleuritischen Exsudates, exit. let. den 28. Mai.

Verf. glaubt, trotz des unbedeutenden Erfolges, zu der Operation berechtigt gewesen zu sein, zumal, bei sicherer Diagnose, eine Gefahr nicht damit verbunden sei. Viel werthvoller würde natürlich die Operation sein, wenn man eine Wiederansammlung des Exsudates verhindern könne. Ein Franzose, Aran, versuchte dies durch Injection einer Lösung von Tr. jodi 15,0, Kal. jodat. 1,0, Aq. 50,0 in den Herzbeutel und erzielte vollständige Heilung.

Verf. glaubt zwar, dass sich diese Operation in der Privatpraxis nicht einbürgern werde, hält sie aber trotzdem für indicirt in solchen verzweifelten Fällen, wo es durch kein anderes Mittel gelingt, das Exsudat zu verkleinern, und citirt hierfür die Ansicht Trousseau's, dass die Paracent. pericard. unter die berechtigten Operationen aufzunehmen sei; denn, wenn sie auch in den meisten Fällen das Leben nicht retten könne, so erleichtere sie doch wesentlich die äusserst qualvolle und oft sehr protrahirte Agone dieser Kranken. **Rinne** (Berlin).

A. M. Cook. The passage of foreign bodies through the intestinal canal.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 480.)

Anknüpfend an eine Mittheilung, nach welcher eine Tuchnadel ohne besondere Erscheinungen den Darmcanal passirt hatte, giebt Verf. 2 Fälle wieder, in denen penny- und half-penny-Münzen von Kindern verschluckt, nach einiger Zeit mit dem Stuhlgange entleert wurden, und berichtet weiter über einen Fall, der als »Curiosum« erwähnt zu werden verdient. Ein Geisteskranker hatte eines Tages einen gläsernen Blaker (smoke-shade) entwendet; Reste davon wurden nachträglich bei ihm gefunden. Er bekam Schmerzen im Mastdarm und man bemerkte, wie er aus demselben Glasstücke entfernte. Im Verlaufe von 3 Wochen kamen 300 solcher Glasstücke zu Tage, die mehr oder weniger eckig, manche über 2″ lang und scharf zugespitzt waren. Pat. genas. **Pilz** (Stettin).

Desguin. Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu. Perforation de l'intestin, fracture de l'os iliaque. Survie de huit jours.

(La presse méd. belge 1877. No. 11.)

Ein Unterofficier schoss sich mit einem Karabiner in den Unterleib. Die im Durchm. 1 Ctm. grosse, nicht blutende Eingangsöffnung der Kugel war 4 — 5 Ctm. unterhalb und etwas links vom Nabel, der Schusscanal ging schräg nach links hin durch die Bauchwand. Hinter dem linken Hüftgelenk war die 1 Frank grosse, zerfetzte Ausgangsöffnung, in welcher eine Dünndarmschlinge (anscheinend unverletzt) vorlag. Beträchtliche venöse Blutung aus der Wunde, die nach Reposition der Darmschlinge, durch Auflegen von Charpie mit liq. ferri sequichlorati sich nicht stillen liess, so dass sie vollständig tamponirt werden musste. Puls klein und frequent. Pat. sehr aufgeregt. Ord.: Opium in grosser Dosis. Am folgenden Tage Fieber bis 38,8 C. Schmerzen im Unterleib, starker Drang zum Uriniren; im Urin kein Blut. Der Unterleib wird mit Collodium bestrichen, innerlich Eis. Am 3. Tage floss Koth zu der hinteren Wunde heraus; es treten die Symptome einer linksseitigen Peritonitis auf. Tod am 8. Tage. Section: Die Gedärme linkerseits durch adhaesive Peritonitis verlöthet, hatten den Eintritt von Jauche und Koth in den Douglas'schen Raum und nach rechts hin vereitelt. Das linke Os ilei zeigte eine Splitterfractur mit 6 — 7 verschieden grossen Splittern und eine grosse Fissur. Eine in der Nähe befindliche Dünndarmschlinge war perforirt. Jauchiger Eiter und Koth hatten alle Weichtheile nach hinten bis zur Wirbelsäule durchsetzt. **E. Fischer** (Strassburg i/E.).

J. Brodbury. Case of hydatid cyst of the liver, cured by a single aspiration.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. II. p. 290.)

Ein 42jähriger Mann klagte seit 6 Monaten über Schmerzen im Abdomen, seit 14 Tagen in Brust und Bauch, er magerte schnell ab, die Füsse schwollen an. Jetzt nimmt ein rundlicher Tumor das Epigastrium und das rechte Hypochondrium ein, die Haut über der Geschwulst ist normal, die Geschwulstoberfläche glatt, die Hand fühlt deutliches Schwirren. Die Rippen sind rechts stark nach aussen gedrängt, Urin eiweissfrei, Milz nicht vergrössert. Aspiration entleerte $8^1/_2$ Pinte Eiter, in demselben sind Blasenreste und Hakenkränze nachzuweisen. Heilung. Anfänglich stellte sich alle 5 Tage höheres Fieber ein und füllte sich in den ersten Tagen die Cyste wieder an, um sich allmälig gleichmässig zu verkleinern. Während Verf. früher die Drainage der Cyste machte, würde er jetzt die Aspiraion an deren Stelle setzen und erst bei deren Misslingen zur Drainage übergehen. **Pilz** (Stettin).

Morel. Lipôme de l'intestin.

(Soc. anat.; séance du 17. nov. 1876. Progrès médical 1877. No. 2.)

Am 17. März wurde M. von einer 40jährigen Frau consultirt, welche seit 3 Jahren jeden Morgen nach dem Frühstück an Leibschmerzen litt, die den Geburtswehen glichen, 5 Minuten anhielten und genau über der Symphyse ihren Sitz hatten. Seit 1 Jahre waren die Schmerzen intensiver geworden und traten auch nach dem Mittagessen auf. Die Regeln hatten aufgehört, nachdem die Schmerzen angefangen. Sonst war das Allgemeinbefinden gut. — Vaginal- und Rectal-Untersuchung ergab nichts Besonderes. — Pat. klagte über sehr lästige Blähungen. Am 19. März entleerte Pat. ein voluminöses (Grösse nicht näher angegeben) Lipom aus dem After. — Die Frage, woher das Lipom stammte, lässt M. offen. — Houel bemerkt dazu, dass die wahren, in den Darm hineinragenden Lipome sehr selten sind. Anders verhält es sich mit den fibrösen Tumoren, von denen einige in ihrem Innern eine beträchtliche Menge Fett enthalten können. Diese sind bisweilen gestielt, wie H. in einem Falle beobachtet hat.

Petersen (Kiel).

B. Stilling. Geschichte eines hohen Steinschnittes unter Anwendung der Lister'schen Principien der Wundbehandlung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 34.)

Der Fall betrifft einen 58jährigen Mann. Dreijährige Dauer des Uebels. Die Anwendung der Lithotripsie erwies sich als unmöglich. Am 12. August hoher Steinschnitt unter antiseptischen Cautelen. Die Extraction des colossalen Steins (nach der chemischen Analyse aus phosphorsauren und harnsauren Salzen bestehend) machte grosse Schwierigkeit. Der Stein war 7 Ctm. lang, 6 Ctm. breit, $4^1/_2$ Ctm. dick, wog 140, oder vielmehr 150 Grm., wenn man die bei dem mehrmaligen Abgleiten der Zange abgebröckelten Theile hinzurechnet. — In die Blase wurde eine gekrümmte Gummikanüle mit Gummirohr applicirt, Catgutnaht der Hautwunde, Salicylwatte-Verband. Heilung trotz mancherlei Gefahren (24 Stunden nach der Operation rechtsseitige Pneumonie; in der zweiten Woche »Wunddiphtheritis«; Decubitus. Orchitis). Am 21. Nov. wird der sonst sehr kräftige Pat. mit einer ganz feinen Fistelöffnung am untersten Wundwinkel entlassen. Die Fistelöffnung entleert nur, wenn Pat. zu Stuhl geht, wenig Urin. Sonst lässt Pat. Tag und Nacht allen Urin durch die Harnröhre.

St. hat den Eindruck, als ob der sehr geschwächte Pat. ohne die Lister'sche Methode, deren Principien wenigstens während der Operation und in den ersten Tagen nach derselben streng befolgt wurden, den schweren operativen Eingriff nicht überstanden hätte. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Münster. Zur Behandlung der Uterusfibrome mit subcutanen Ergotin-Injectionen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 14. 15.)

M. theilt zwei Fälle von Uterusfibromen aus der gynäkologischen Universitätspoliklinik in Königsberg mit, welche mit Ergotininjectionen behandelt wurden. In dem ersten Falle handelte es sich um ein subperitoneales Fibrom bei einer 39jährigen schwächlichen, durch Blutungen herabgekommenen Frau. Vom 8. Mai 1874 bis 15. Jan. 1875 erhielt Pat. 213 Injectionen (1 Pravaz'sche Spritze von Extr. secal. cornut. 3,0 : 15,0 aq. dest., später Extr. secal. cornut. aquos. bis depurat. [Wernich] in gleicher Lösung und Menge). Die Blutung hörte nach den ersten 10 Injectionen auf und traten später die Menses immer regelmässig und in gewöhnlicher Stärke ein. Der Tumor hatte sich merklich verkleinert. Die Geschwulst blieb in den nächsten $1^1/_2$ Jahren unverändert, die Menstruation normal. Dann wurde letztere profuser, anhaltender und trat in einzelnen Intervallen auf. Der Tumor hatte nicht zugenommen. Pat. erhielt wieder vom 14. Sept. bis 1. Jan. 90 Injectionen (Extr. secal. Wernich 3 : 15 aq. dest.; 1 Pravaz'sche Spritze). Die Menstruation regelte sich wieder vollständig. Der Tumor (von Mannsfaustgrösse) war durch die Behandlung in toto verkleinert. Die in der Uteruswand gelegenen Theile waren resorbirt und die subperitoneal gelegene Geschwulstpartie war stärker herausgetreten. Keine der 303 Injectionen war abscedirt. — In dem 2. Falle handelte es sich um ein submucöses Fibrom bei einer 25jährigen Frau. Auch hier wurden die Ergotininjectionen ohne Zwischenfall vertragen, während sie bei früheren, vor 2 Jahren angestellten Versuchen Abscesse verursacht hatten. 70 Injectionen; nach 48 Injectionen Ausstossung des Tumors (fibröser Polyp) in den Cervix, Abtragung des etwa daumenbreiten Stieles mit dem Ecraseur. Heilung. Im letzteren Falle hatten die durch Ergotininjectionen angeregten Uteruscontractionen die schon angedeutete Umwandlung des submucösen Fibroms in eine gestielte Geschwulst nur beschleunigt. —

Nach Hildebrandt's Angaben (Beiträge zur Geburtsh. und Gynäkologie III. Hft. 2. p. 277) ist der Erfolg der subcutanen Ergotininjectionen bei der Behandlung der Uterusfibrome abhängig von der Contractionsfähigkeit des Uterus, von der anatom. Zusammensetzung der Tumoren und der Lage derselben in der

Uteruswand. Muskel- und gefässreiche Tumoren, welche entweder dicht unter, oder in der Nähe der Schleimhaut gelegen sind, geben bei sonst nicht beeinträchtigter Uteruswand die günstigsten Chancen für eine vollkommene Resorption der Geschwulst; bei tief intramural oder subperitoneal gelegenen Fibromen können nur die Blutungen beseitigt werden, der Tumor selbst aber erfährt nur geringe oder gar keine Veränderungen. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Brun. Cas rare de hernie inguinale droite interstitielle étranglée derrière le testicule arrêté à l'anneau. Opération. Mort.

(Gaz. des hôpit. 1877. No. 42.)

In der Abtheilung Desprès wurde ein 23jähriger mit Kryptorchismus behafteter, kräftiger Mann aufgenommen, bei dem vor etwa 36 Stunden eine kleine rechtsseitige Leistenhernie, die schon öfters hervorgetreten war, sich eingeklemmt hatte. Der Zustand des Kranken war sehr beunruhigend; nach fruchtlosen Repositionsversuchen wurde die Herniotomie ausgeführt (50 Stunden nach der Incarceration). Man gelangt beim Einschneiden zunächst auf eine weiche fluctuirende Geschwulst, die Tunica vaginalis, in welcher der Hode liegt. Nachdem der äussere Leistenring eingeschnitten ist, präsentirt sich innerhalb des offenen Processus vaginalis die eingeklemmte Dünndarmschlinge, violett gefärbt und ecchymosirt. Die Incarcerationsstelle wird im Niveau des inneren Leistenringes gefunden und der einklemmende Processus vaginalis an dieser Stelle freigelegt, incidirt, und der Darm reponirt. Sehr bald trat Peritonitis ein, Tod am 6. Tage nach der Operation. Die eingeklemmte Stelle der Darmschlinge hatte sich nicht erholt, es bestand jedoch keine Continuitätstrennung. Der linke Hode lag unmittelbar der Apertura interna canal. inguin. an. Ob die Darmschlinge bei der Operation leer oder gefüllt war, ist nicht gesagt. **Winiwarter** (Wien).

J. K. Conway. Abortive treatment of bubo.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 159.)

Verf. versuchte Malplaquet's Abortiv- Behandlung in 12 Fällen mit bestem Erfolge. Im Umfange eines Schillings wird die Haut auf dem Bubo durch Blasenpflaster entfernt, ein Stück Lint in concentrirte Lösung von Sublimat getaucht darüber gelegt, und über dieses ein Cataplasma 24 Stunden applicirt. Dann hat sich ein grauer Schorf gebildet, dessen grössere Festigkeit einen um so besseren Ausgang verspricht. Wird nun weitere 2 — 3 Tage mit Cataplasmen fortgefahren, so sieht man eine reine, flache, granulirende Vertiefung, die unter einfachen Massnahmen schnell heilt, während inzwischen die Anschwellung gänzlich verschwindet. Von den 12 Bubonen waren 10 mit ulc. moll. complicirt. Die einzige Inconvenienz der Behandlung besteht darin, dass die Sublimatlösung sehr heftige, wenn auch kurzdauernde Schmerzen verursacht. **Pilz** (Stettin).

Erklärung. Die No. 47 der »Wiener medicinischen Presse« bringt unter der Rubrik »Originalien und klinische Vorlesungen« nach stenographischen Aufzeichnungen einen von mir am 21. Nov. d. J. in der Sitzung des Vereins der Aerzte Niederösterreichs (Section Wien) gehaltenen Vortrag »Erfahrungen über die operative Behandlung des Kropfes«. — Ich erkläre hiermit, dass ich für Form und Inhalt dieser Veröffentlichung, die ohne mein Wissen und gegen meinen ausgesprochenen Wunsch erfolgt ist, keine Verantwortung übernehmen kann, und verweise die Herren Collegen, welche sich für den Gegenstand interessiren, auf den betreffenden Abschnitt in meinem nächsten klinischen Jahresbericht.

Wien, den 26. Nov. 1877. **Th. Billroth.**

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Leipzig. Dr. M. Schede, in Berlin. Dr. H. Tillmanns in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 50. Sonnabend, den 15. December. **1877.**

Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des Berliner städtischen Krankenhauses im Friedrichshain.

IV. Die antiseptische Punction der Gelenke und das Auswaschen derselben mit Carbolsäurelösungen.

Von

Dr. **Friedrich Rinne,**

Assistenzarzt.

(Schluss.)

Wenn bei den erwähnten Fällen der Krankheitsprocess sich lediglich auf die Synovialis beschränkte und also für das eingeführte Medicament leicht erreichbar war, so ist der Effect der Carbolausspülung sehr plausibel und in seinem Wesen nichts anderes, als die Wirkung eines Adstringens oder leichten Aetzmittels auf die Schleimhäute, die wir jeden Tag beobachten können. Wenn nun aber der Entzündungsprocess die Grenzen der Synovialis überschritten, wenn die parasynovialen Bindegewebe oder gar der Knorpel in Mitleidenschaft gezogen

ist, so scheint a priori die Wirkung einer Carbolausspülung zu gering gegenüber dem beabsichtigten Erfolge. Diesem theoretischen Raisonnement entspricht jedoch die Erfahrung nicht ganz, da wir vielfach Kniegelenksentzündungen durch die Carbolausspülung geheilt haben, bei denen die erwähnten Befunde vorhanden waren. Ich glaube nun, dass es für das Verständniss des therapeutischen Erfolges nothwendig ist, bei den schwereren Formen der exsudativen Gelenkentzündungen, namentlich dem Empyema articuli, zwei Gruppen streng auseinanderzuhalten, je nachdem nämlich der primäre Sitz der Erkrankung die knöchernen Gelenkenden sind und Knorpel und Synovialis sich erst secundär betheiligten, oder die Synovialis primär erkrankte und ein Fortschreiten der Entzündung im umgekehrten Sinne stattfand. Im ersteren Falle kann die Punction und die Application eines Medicamentes auf die Synovialhaut selbstverständlich nur eine symptomatische Wirkung haben; im letzteren dagegen sind es bekanntlich vielfach gerade die Producte des primären Entzündungsprocesses, die bei längerem Verweilen im Gelenke ihrerseits die Quelle weiterer krankhafter Veränderungen an den Gelenkkörpern werden. In diesen Fällen genügen wir durch eine gründliche Entleerung der Gelenkhöhle der indicatio causalis, und dürfen hoffen, dadurch gleichzeitig nicht nur das Fortschreiten des Krankheitsprocesses zu sistiren, sondern eventuell auch günstige Chancen für eine Reparation bereits vorhandener Veränderungen zu gewinnen. Diese Auffassung wird sich bei mehreren der demnächst zu erwähnenden Fälle als richtig erweisen. —

Die zunächst folgende Gruppe umfasst 5 Fälle, die wir der Gleichartigkeit ihrer Aetiologie wegen zusammengestellt haben, obgleich sie nach der Intensität des Krankheitsprocesses vielfach differiren. Es handelt sich um sogenannte fixirte Gelenkrheumatismen, um monarticuläre Residuen des acuten Gelenkrheumatismus. Nach Volkmann*) ist beim letzteren die Reizung der Synovialis gewöhnlich von vornherein eine so intensive, dass es zur lebhaften Eiterzellenbildung in den Gelenken kommt. Auch findet meist bei relativ geringer intraarticulärer Exsudation von Anfang an eine Mitbetheiligung der perisynovialen Gewebe in Form der tiefen entzündlichen Infiltration statt. Alle diese Erscheinungen pflegen nun bekanntlich spurlos, ohne irgend welche dauernde Störungen zu hinterlassen, zu verschwinden. Die eitrigen Entzündungsproducte im Gelenk werden auf dem Wege der fettigen Metamorphose resorptionsfähig gemacht und resorbirt. — Tritt dieser normale Verlauf nicht ein, bleibt das eitrige Exsudat längere Zeit liegen, so bildet es, wie oben besprochen, einen dauernden Entzündungsreiz für die perisynovialen Gewebe, die Knorpel und knöchernen Gelenkenden und giebt schliesslich zu destruirenden Processen Veranlassung. Es ist demnach diesen Fällen eine mit der Dauer der Einwirkung

---

*) l c. p. 500.

des nur für kurze Zeit unschädlichen Gelenkinhaltes sich steigernde Schwere zu vindiciren. Der Entzündungsprocess hat nicht von Anfang an eine destructive Tendenz, kann sie aber nach langem Bestehen erhalten.

Die Krankengeschichten der erwähnten 5 Fälle sind folgende:

12) Carl Kroll, 39 Jahr, rec. 1. Juli 1876. Erkrankte Mitte Juni an acutem Gelenkrheumatismus, der vorwiegend beide Knie- und das linke Fuss- und Schultergelenk ergriff. Während die übrigen Erscheinungen sich besserten, blieb die Entzündung des rechten Kniegelenks bestehen.

Die Temperaturen, die in der vorletzten Woche nur selten Abends 38,0 überschritten, bewegten sich in den letzten Tagen constant um 39,0. Schwellung, Hitze und Schmerzhaftigkeit des Gelenkes nahmen zu.

Am 2. August wird der bis dahin auf der inneren Abtheilung behandelte Kranke auf die chirurgische Abtheilung transferirt. Rechtes Kniegelenk enthält einen beträchtlichen Erguss, ist sehr druckempfindlich; Umgebung heiss, leicht geröthet, infiltrirt. Active Beweglichkeit fehlt, passiv gelingt eine Flexion bis knapp 150°.

2. August. Punction und Auswaschung mit 3% Carbolsäure. Es entleert sich über einen Tassenkopf voll reiner Eiter mit kleinen Blutspuren untermischt. Abends 39,0.

3. August 38,1—39,1. Hochgradige Schmerzhaftigkeit des Knies, Oedem des Unterschenkels.

4. August 37,5—38,2—38,1—37,4. Füllung des Gelenkes hat wieder zugenommen, Schmerzen dagegen nachgelassen.

5. August keine Schmerzen mehr; höchste Temperatur 38,2. Vom 7. August an Temperatur normal.

15. August. Intraarticulärer Erguss vollständig geschwunden, Weichtheilinfiltration sehr abgenommen. Bis zum 1. Sept. wird die letztere durch Compression und Douchen vollständig zum Verschwinden gebracht, und nun durch passive Bewegungen die fast ganz verloren gegangene Beweglichkeit wieder herzustellen gesucht.

10. Sept. Beweglichkeit bis zum rechten Winkel.

20. Sept. Erste Gehversuche. Die Beweglichkeit macht geringe Fortschritte.

23. Oct. Pat. wird mit bis zum rechten Winkel activ flectirbarem und sonst vollständig functionsfähigem Gelenke entlassen.

13) Alois Lauterbach, 42 Jahr, rec. 11. Sept. 1876. Bekam vor 3 Wochen acuten Gelenkrheumatismus, der nur wenige Tage andauerte. Es blieb eine Schwellung des rechten Kniegelenks zurück. Leichtes Fieber.

Erguss im rechten Kniegelenk. Spontan wenig Schmerzen, aber hochgradige Druckempfindlichkeit. Bewegungen sehr beschränkt, activ gar nicht ausführbar.

13. Sept. Punction und Ausspülung mit 3% Carbolsäure. Eiter mit Synovia untermischt fliesst aus. Abendtemperatur von 38,8 die ersten 2 Tage.

16. Sept. Keine subjectiven Beschwerden aber Wiederansammlung des Ergusses.

28. Sept. Erguss verschwunden.

6. Oct. Steht auf. Beweglichkeit ist sehr gering. Passive Bewegungen. Bis zur Entlassung geht Pat. den ganzen Tag umher, ohne dass sich ein Erguss wieder zeigt; die Beweglichkeit nimmt aber sehr wenig zu.

20. Oct. Entlassen. Es besteht eine Excursionsweite von 45° zwischen vollständiger Streckung und der Beugestellung von 135°.

14) Richter geb. Homann, 28 Jahr, rec. 28. Mai 1877. Bekam vor 2 Monaten acuten Gelenkrheumatismus. Bald nach dessen Heilung traten heftige Schmerzen im linken Kniegelenk mit Schwellung und Bewegungsbehinderung ein.

Erhebliche Schwellung des linken Kniegelenks, Kapselverdickung und Weichtheilinfiltration. Minimaler intraarticulärer Erguss. Enorme Schmerzhaftigkeit sowohl spontan wie bei Druck. Remittirendes Fieber mit abendlichen Steigerungen bis zu 39,4. Beweglichkeit minimal.

Schienenbehandlung und Gewichtsextension vergeblich angewandt.

8. Juni. Punction und Ausspülung mit 3% Carbolsäure. Geringe Quantität Eiter entleert.

Anfangs Nachlass der Schmerzen, Abnahme der Schwellung und Abfall des Fiebers.

22. Juni. Wiederverschlimmerung sämmtlicher Symptome, ein deutlicher intracapsulärer Erguss tritt jedoch nicht wieder auf. Durch eine vom 25. Juni bis 7. August fortgesetzte permanente Eisapplication gehen sämmtliche Erscheinungen allmälig wieder zurück.

15. August. Das Gelenk ist fast gar nicht beweglich. — Passive Bewegungen.

22. August. Geht mit Krücke umher.

1. Sept. Auf eigenen Wunsch vor der definitiven Heilung entlassen. Gelenk activ fast gar nicht, passiv nur sehr wenig beweglich.

15) Clara Moldenhauer, 25 Jahr, rec. 10. Sept. 1877. Erkrankte vor 3 Wochen an acutem Gelenkrheumatismus, der vorwiegend mehrere Fingergelenke und das rechte Kniegelenk befiel. Eine Schwellung des Kniegelenkes blieb bestehen, während die übrigen Affectionen nach Salicylsäuregebrauch verschwanden.

Enormer Erguss im linken Kniegelenk, Kapsel prall gespannt, wodurch Beugung sehr beschränkt.

15. Sept. Punction und Auswaschung. Es entleert sich eine gelbe, colloide, stark eitrige Flüssigkeit. Am Abend und folgenden Tage Temperaturen bis 38,3. Absolute Schmerzlosigkeit.

24. Sept. Kein Erguss mehr vorhanden.

27. Sept. Erste Gehversuche.

15. Oct. Entlassen. Active Beugung möglich bis 90°, passive in fast normaler Weise.

16) Ida Karge, 38 Jahr, rec. 25. Sept. 1877. Erkrankte am 15. August an acutem Gelenkrheumatismus, der sich seit dem 15. September unter leichter Refervescenz im rechten Kniegelenk fixirte. Allmälige Füllung des Gelenkes bei starker Schmerzhaftigkeit. Durchschnittliche Temperaturen zwischen 38,0 und 39,0.

27. Sept. Punction und Auswaschung mit 3% Carbolsäure. Es entleert sich eine reichliche Menge stark eitriger Synovia.

Keine Reaction, sofortiger Abfall des Fiebers.

3. Oct. Im Gelenk wieder ein mässiger Erguss. Compression mit Flanellbinden über einer Poplitealschiene.

11. Oct. Erguss verschwunden.

18. Oct. Steht auf und macht Bewegungen mit der Bonnet'schen Maschine Ein Erguss entsteht beim Gebrauche nicht wieder.

12. Nov. Entlassen. Das Gelenk kann activ bis zum rechten Winkel gebeugt werden.

Sämmtliche 5 Fälle machten einen acuten Gelenkrheumatismus vor resp. 2 Monaten, 6 Wochen und 3 Wochen durch. Nach Ablauf desselben bekamen einige im unmittelbaren Anschluss, einige nach mehrtägiger Zwischenpause eine schmerzhafte Kniegelenksentzündung, welche mit Ausnahme von Fall 15 mit continuirlichem theilweis allmälig zunehmendem Fieber, und einer Bewegungsbeschränkung, die zur Kapselspannung in keinem Verhältniss stand, verbunden war. Die Punction entleerte bei allen ein eitriges Exsudat, bei 2 (12 u. 14) ein rein eitriges, bei den übrigen ein vorwiegend eitriges.

Die Reaction auf die Operation gestaltet sich so, dass in 3 Fällen ein temporärer Erguss wieder erscheint, und zwar 1 Mal mit allmäligem und 1 Mal mit sofortigem Abfall des vorher hohen Fiebers, 1 Mal mit leichter Steigerung des vorher geringen Fiebers. In 2 Fällen erschien

kein Erguss wieder; von diesen hatte einer (15) eine 2tägige leichte Temperatursteigerung, bei einem stieg das allmälig abgefallene hohe Fieber nach 14 Tagen plötzlich wieder an und blieb monatelang auf der mittleren Höhe von 39,0.

Das Schlussresultat ist in allen Fällen: Heilung mit mehr oder weniger bedeutender Bewegungsbeschränkung. In 3 Fällen wird eine Flexion bis 90°, in 1 bis 135° und in 1 schliesslich fast gar keine active Beweglichkeit erreicht.

Haben wir nun durch unsere Therapie auf den Krankheitsverlauf günstig eingewirkt, haben wir die Krankheit geheilt? Bei dieser Frage muss man erwägen, was überhaupt von der Therapie hier verlangt werden konnte. Die primäre Localisation des Processes in der Synovialis vorausgesetzt, so entsprach nach den obigen Ausführungen die Punction und Auswaschung des Gelenkes der indicatio causalis vollständig. Soweit aber bereits parenchymatöse Veränderungen im Kapselbande und Knorpel vorhanden waren, lagen sie natürlich ausser dem Bereiche der directen Wirkungsweite unseres Eingriffs.

Ich glaube, dass man mit unserem Resultate zufrieden sein kann; denn mit Ausnahme der Richter (14), welche sich schon nach 14 Tagen der weiteren Uebung des Gelenkes durch passive Bewegungen entzog, war bei allen der Erfolg der Operation ein eclatanter. Die entzündlichen Erscheinungen schwanden schnell, und die Heilung mit gebrauchsfähigem, partiell beweglichem Gelenk kam in relativ kurzer Zeit zu Stande. Dies berechtigt uns zu der Annahme, dass wir dem in langsamem aber stetigem Vorwärtsschreiten begriffenen Processe Einhalt gethan und insofern die Krankheit geheilt haben. Bei der Richter lässt der ganze Krankheitsverlauf, namentlich die auffallende Schmerzhaftigkeit und die grosse Neigung zur Ankylosirung eine schon früh — vielleicht schon vor der Operation — entstandene schwerere Knorpelerkrankung vermuthen.

Von zweifelhafterem Werthe erscheint die Punction bei den folgenden 3 Fällen von acuter traumatischer Kniegelenkseiterung. Das Resultat war jedes Mal eine Ankylose, was gegen die grossartigen Erfolge der Gelenkdrainage gerade bei acuten Gelenkeiterungen erheblich absticht. Man könnte uns deshalb aus der Unterlassung der Drainage einen Vorwurf machen, wenn uns nicht die Eigenthümlichkeit der betreffenden Fälle gute Gründe für unser Handeln geboten hätte.

Wir wollen zunächst die Krankengeschichten betrachten.

17) Carl Plönske, 49 Jahr, rec. 27. Jan. 1876. Seit 2 Tagen durch Fall entstandene linksseitige Kniegelenksentzündung. Knie steht in leichter Flexion, Gelenkkapsel leicht ausgedehnt, Patella tanzt. Umgebung geröthet, heiss. Palpation und Bewegung äusserst schmerzhaft. Temperatur 38,5. — Eisbehandlung.

29. Jan. Punction und Auswaschung mit 3% Carbolsäurelösung; es entleert sich 1 Tassenkopf voll mit Eiter und Fibrincoagulis gemischter Synovia.

31. Jan. Keine Besserung der Schmerzen, kein Abfall des Fiebers, aber auch

nicht die geringste Wiederansammlung des Ergusses; daher Gypsverband.

8. Febr. Schmerz und Fieber bestehen unverändert fort.

15. Febr. Abnahme des Gypsverbandes; — Erguss nicht wieder erschienen. Permanente Distraction des Gelenkes. Ebenfalls ohne Erfolg. Am

16. Febr. gewahrt man eine diffuse Schwellung der unteren Epiphyse und des unteren Dritttheils vom linken Oberschenkel. Die Haut ist ödematös, subcutane Venen gefüllt; Knochenschaft spindelförmig aufgetrieben. Jodpinselung, Eisblase. Bis zum 1. März bleibt das Fieber constant auf der mittleren Höhe von 39,0, ohne irgend welche bedrohliche Allgemeinerscheinungen. Von da an allmäliger Abfall desselben; vom 6. März an normale Temperatur.

13. März. Schwellung am Oberschenkel bedeutend vermindert; bei Ruhelage keine Schmerzen im Gelenk, wohl aber bei Bewegungen. Bei versuchsweiser Aussetzung der Distraction sofortige Steigerung der Schmerzen. Vom

17. März bis 17. April Gypsverband. Die Auftreibung des unteren Femurendes noch vorhanden, die Weichtheilinfiltration über derselben verschwunden. Die Umgebnng des Kniegelenkes ist noch etwas ödematös. Bewegungen im Gelenk ausserordentlich schmerzhaft.

12. Mai. Patient geht mit Gypsverband ohne erhebliche Beschwerden umher.

14. Juli. Brisement forcé des fast ganz ankylosirten Gelenkes. Beugung bis zum rechten Winkel gelingt unter lautem Knarren und Schaben. Bewegungsübungen mit Bonnet'scher Maschine sind unerträglich schmerzhaft.

20. August. Beweglichkeit fast vollständig wieder verloren. Es wird auf dieselbe definitiv verzichtet, und das Bein in gerader Stellung eingegypst.

29. Dec. Entlassen mit ankylotischem Gelenk.

18) Jürgens, 28 Jahr, rec. 11. Mai 1876. Sonst gesunder kräftiger Mann. Vor 14 Tagen nach kurzem Knieen auf Steinpflaster Schmerzen im linken Kniegelenk, welche sich bei hohem Fieber schnell bis zum Unerträglichen steigerten. Bisherige Therapie: Anfänglich Blutegel und Kälte, dann in der Vermuthung, dass sich ein periarticulärer Abscess entwickeln würde, Kataplasmen.

Bei der Aufnahme Kapsel prall gefüllt, Gelenkgegend heiss, roth; grosse spontane Schmerzhaftigkeit, die bei Bewegungsversuchen und Druck sich enorm steigert. Mässige Flexionsstellung. Temperatur zwischen 40° und 41°. Zunge trocken. — Eisbehandlung. — Keine Besserung.

13. Mai. Punction des Gelenkes, Entleerung von einem halben Tassenkopf voll stark eitriger, mit fibrinösen Flocken untermischter Synovia. — Gypsverband.

Schmerzen und Fieber dauern indessen trotzdem unverändert fort.

20. Mai. Abnahme des Gypsverbandes, nicht der geringste Erguss vorhanden. — Gewichtsextension, die rasch bis zu 17,5 Kilo gesteigert wird. Dadurch werden die Schmerzen etwas gelindert, das Fieber fällt etwas ab bis auf eine Morgentemperatur von 38,0 und eine Abendtemperatur von 38,6—39,5, hält sich aber trotz permanenter Eisbehandlung und ungeachtet sich keine Spur von einem Erguss wieder zeigt bis Anfang Juli ziemlich auf derselben Höhe. Dann allmäliger Abfall.

24. Juli. Extension mit einer Lagerungsschiene vertauscht.

21. August verlässt Patient mit einem Gypsverbande das Bett; doch vergeht noch ziemlich lange Zeit, ehe der sehr zaghafte und schmerzscheue Patient sich entschliesst, sich auf den Fuss zu stützen.

Der Versuch, eine wenn auch geringe Beweglichkeit herzustellen, misslingt. Patient erhält im März 1877, da sich eine Flexionsstellung des Beines auszubilden droht, einen Schienenapparat, welcher die gestreckte Lage des Knies sichert. Heilung mit fibröser Ankylose — jetzt gute Gebrauchsfähigkeit.

19) Otto Danielsen, 18 Jahr, rec. 11. Mai 1877. Vor 8 Tagen, nach einer Distorsion schnell zunehmende ungeheure Schmerzhaftigkeit des rechten Kniegelenks mit hohem Fieber und allgemeinem Unwohlsein.

Rechtes Knie steht in leichter Flexion; Kapsel prall gespannt. Weichtheile

der Umgebung teigig geschwollen. Haut geröthet, heiss. Grosse Schmerzhaftigkeit sowohl spontan, wie bei Druck. Jede Bewegung wird mit Aengstlichkeit vermieden. — Eisbehandlung. Keine Besserung.

14. Mai. Punction und Ausspülung mit 3% Carbolsäurelösung. Es entleert sich trübe Synovia mit Faserstoffgerinnseln und Eiterkörperchen untermischt. Die Temperatur, die vor der Operation zwischen 38,0 und 39,5 sich bewegte, bleibt auf derselben Höhe, auch die Schmerzhaftigkeit ändert sich nicht. Dagegen erschien ein Erguss nicht wieder.

23. Mai. Enorme Schmerzhaftigkeit auf Druck und bei Bewegungen. Nicht nur die Gelenkkapsel, sondern auch die Knochenmasse der Femurcondylen ist sehr druckempfindlich. — Permanente Distraction bis zum 21. Juni, Jodpinselungen. Abendtemperatur durchschnittlich 38,5.

Vom 30. Mai bis 6. Juli jeden 2. Tag eine Injection von 2% Solutio Phenoli absoluti abwechselnd in das Gelenk und in die Femurcondylen. Bei dieser Behandlung geht Fieber und Schmerzhaftigkeit bis Anfang Juli vollständig zurück, Die Beweglichkeit ist dagegen fast gänzlich aufgehoben. Es besteht eine diffuse tumor-albusartige Schwellung der periarticulären Gewebe.

Während eines intercurrenten Erysipel's*), das von einer Druckstelle der Extensionsschlinge aus sich entwickelt hatte und während dessen eine Schienenbehandlung unmöglich war, entwickelte sich eine winklige Ankylose des Kniegelenks.

12. Nov. Bei dem Versuche ein Brisement forcé des Gelenkes zu machen, bricht die untere Epiphyse des Femur ab. Schon bei Anwendung mässiger Gewalt lösten sich unter einem knirschenden Geräusche die fibrösen Zwischensubstanzen im Gelenk, dasselbe konnte bis zu einem Winkel von etwa 135° gebeugt werden. Plötzlich gewahrte man aber auch eine auffallende seitliche Beweglichkeit und zwar nicht im Gelenke selbst, sondern etwa $1^1/_2$ Zoll höher in der Gegend des Epiphysenknorpels. Die Brisementversuche wurden nun selbstverständlich sistirt und die durch letzteres Ereigniss gebotene Behandlung eingeschlagen. Leider wird voraussichtlich bis zu dem Zeitpunkte, wo die Wiederholung eines Brisement stattfinden könnte, die Ankylose sich in solcher Weise vervollständigt haben, dass die Herstellung eines beweglichen Gelenkes ein für alle Mal wird aufgegeben werden müssen. Patient befindet sich noch in Behandlung.

Diese 3 in ihrer Veranlassung, ihrem Verlauf und schliesslichen Resultate sehr ähnlichen Fälle bieten in mehrfacher Beziehung ein hohes Interesse. Ein relativ unerhebliches Trauma — Knien auf hartes Steinpflaster, Fall auf das Kniegelenk, wodurch keinerlei erkennbare Verletzung stattfand, eine leichte Distorsion — veranlasst in wenigen Tagen eine ausserordentlich schwere Entzündung des Gelenkes mit hohem Fieber und unerträglicher Schmerzhaftigkeit. Die Erkrankung muss von vornherein eine weit über die Grenzen der Synovialis hinausgehende gewesen sein; dies erhellt einerseits aus dem stürmischen Anfange mit schwerem Allgemeinleiden, andererseits aus den von Anfang an vorhandenen entzündlichen Symptomen, die die Haut und periarticulären Gewebe in Form der Röthung, Hitze, teigigen Schwellung und Druckempfindlichkeit darboten. Die Quantität des intracapsulären Ergusses trat den übrigen Erscheinungen gegenüber etwas in den Hintergrund. Die Qualität zumal — es handelte sich in allen 3 Fällen um einen nur theilweis eitrigen Gelenkinhalt — war mit ihnen nicht in Einklang zu bringen.

---

*) Die Infection war von einem in unmittelbarer Nähe liegenden, an habituellem Gesichtserysipel leidenden Patienten ausgegangen.

Für uns speciell interessant ist nun die auffallende Uebereinstimmung dieser 3 Fälle in dem Verhalten gegenüber der von uns eingeschlagenen Therapie. Nachdem wir aus den äusseren Symptomen die Diagnose auf eitrige Arthromeningitis gestellt hatten, haben wir durch die Punction das Gelenk entleert und mit Carbolsäure ausgewaschen, topische Antiphlogose und permanente Distraction angewandt. In keinem Falle erschien ein erkennbarer, intracapsulärer Erguss wieder, aber trotzdem fand sich nicht der geringste meliorisirende Einfluss auf die subjectiven Beschwerden und auf das Fieber; im Gegentheil stieg das letztere in dem einen Falle noch höher.

Diese sich entgegenstehenden Thatsachen — auf der einen Seite die Sistirung der Eiterung, auf der anderen der Mangel jeder Besserung der subjectiven Beschwerden und des Fiebers nach der Punction — legten den Gedanken nahe, dass es sich hier vielleicht um eine primäre Mitbetheiligung der knöchernen Gelenkkörper an dem Krankheitsprocesse handeln möchte; aber die hierauf gerichtete genaue Untersuchung ergab keinerlei besondere Anhaltspunkte für diese Hypothese ausser einer allgemeinen, hochgradigen Druckempfindlichkeit der ganzen Gelenkgegend, die uns kein hinreichender Beweis schien und ebenso wohl auf die phlegmonöse Schwellung der periarticulären Weichtheile bezogen werden konnte. Bei dem Mangel bedrohlicher, allgemeiner Symptome konnten wir deshalb keine bestimmte Indication zu einem weiteren Eingriffe finden und hofften von Tag zu Tag auf einen Abfall des Fiebers; von Tag zu Tag trösteten wir den ungeduldigen Kranken mit der Aussicht auf baldigen Nachlass der Schmerzen, aber vergebens. Da auf einmal wird bei dem einen 3 Wochen, bei dem zweiten 2 Wochen nach Beginn der Gelenkentzündung eine Erkrankung der epiphysären Knochentheile des Femur manifest.

Bei Plönske gewahrte man 3 Wochen nach Beginn der Krankheit eine diffuse Auftreibung der Epiphyse und des unteren Endes des Femurschaftes, über deren Natur man nur zweifacher Meinung sein kann, ob sie durch einen osteomyelitischen oder periostitischen Process veranlasst war. Mit Sicherheit ist dies nicht zu entscheiden, weil eine spontane Rückbildung eine genaue Untersuchung nicht stattfinden liess. Allein aus Analogie der häufigen Coincidenz der Epiphysenosteomyelitis mit eitrigen Gelenkentzündungen zu schliessen, möchte es sich wohl um eine Osteomyelitis gehandelt haben.

Bei Danielsen wurde etwa 14 Tage nach Ausbruch der Krankheit, nachdem Röthung und Schwellung der periarticulären Weichtheile nachgelassen, eine auffallende Schmerzhaftigkeit der Epiphysen des Femur manifest. Ich habe wiederholt den Kranken daraufhin genau untersucht und konnte auf das Bestimmteste constatiren, dass der Knochen selbst es war, und nicht etwa die Gelenkkapsel, welche diese Schmerzhaftigkeit darbot. Es wurde deshalb die Diagnose auf eine Epiphysenosteomyelitis gestellt und parenchymatöse Carbolinjectionen nach Hüter in den Knochen gemacht, welche einen sehr

augenfälligen Erfolg hatten. Fieber und Schmerzhaftigkeit schwanden allmälig, letztere etwas schneller, als ersteres, innerhalb 4 Wochen*). Die Vermuthung, dass es sich hier um eine Osteomyelitis gehandelt, erhielt später eine weitere Stütze durch das unliebsame Ereigniss, dass bei einem brisement forcé das Femur zerbrach. Ich wiederhole, dass die Brisement-Versuche äusserst vorsichtig gemacht wurden, weil man die Eventualität einer hochgradigen Erweichung des Knochens im Auge hatte, dass man einen möglichst kurzen Hebelarm gebrauchte und nur sehr wenig Kraft anwandte. Der Bruch geschah in der Gegend des Fugenknorpels, also an der Stelle, wo Entzündungen des Markes der Dia- und Epiphysen so gern eine Lockerung in der Continuität des Knochens veranlassen.

Es wäre nun hoch interessant, zu wissen, ob die Gelenkentzündung oder die Epiphysenerkrankung das primäre Leiden gewesen sei. Mit Sicherheit ist dies nicht zu entscheiden. Aber die geringe Tendenz der Synovialis zur Exsudation und Eiterung, die dauernde Sistirung der Eiterung nach der einmaligen Punction, bei dem Mangel jeder Besserung von Schmerz und Fieber, ferner in 2 Fällen die anfangs zwar nicht erkennbare, später aber manifest gewordene Knochenaffection verlegen den Schwerpunkt der Krankheit entschieden in den Knochen. Dass nun das Knochenleiden erst einige Wochen nach Eintritt der Gelenkentzündung erkannt wurde, schliesst durchaus nicht aus, dass es primär vorhanden war. Der ganze Krankheitsverlauf würde uns jedenfalls viel verständlicher sein, wenn wir eine Osteomyelitis der Epiphyse des Femur als Ausgangspunkt des Leidens annehmen würden.

Wie soll man nun derartige Fälle behandeln? Wir sind mit unserem Resultate nicht sonderlich zufrieden. Würden wir vielleicht mit der Drainage mehr erreicht haben? Ich möchte es bezweifeln, weil ja der Hauptangriffspunkt der Drainage, eine profuse Eiterung, gar nicht vorhanden war, und weil nach der einmaligen Punction eine irgend wie erhebliche Eiteransammlung im Gelenke nicht wieder vorkam. Dadurch waren die gefährlichsten Folgezustände eines Empyema articuli überhaupt ausgeschlossen. Hätten sich auch nur die geringsten Anzeigen für eine durch den Gelenkinhalt drohende Gefahr dargeboten, so würden wir ohne Zaudern auch noch secundär zur Gelenkdrainage geschritten sein. Aber ich wiederhole es, dass zu keiner Zeit nach der Punction auch nur die Spur eines abnormen Gelenkinhaltes nachweisbar war. Ich nehme deshalb an, dass die krankhafte Exsudation nach der Auswaschung sistirte, und dass der spätere Verlauf nur um so deutlicher beweist, dass es sich um eine vorwiegend, wahrscheinlich sogar, primär ossale Erkrankung gehan-

*) Wir haben übrigens von den parenchymatösen Carbolinjectionen noch bei 3 anderen Fällen (1 Synovit. fungosa des linken Ellbogen-, 1 desgl. des linken Fussgelenks, 1 Ostitis chron. des inneren Condylus der rechten Tibia) vorzügliche Erfolge gesehen, die uns zu weiterer Prüfung dieses Verfahrens sehr ermuthigt haben.

delt haben muss, welche geradezu den Vergleich mit der acuten, infectiösen Osteomyelitis der Röhrenknochen provocirt.

Ich glaube nun, dass man, um Garantien für einen besseren Erfolg zu bekommen, eine längere Contactwirkung eines Desinficiens auf das Gelenkinnere herstellen muss, als es bei der einmaligen Punction mit Auswaschung und bei der Drainage geschieht. Man könnte vielleicht eine permanente Irrigation oder Infusion der Gelenkhöhle mit der Drainage verbinden.

Gleichzeitig hiermit müsste man aber auch von aussen her auf die phlogistischen Stoffe im Knochen einzuwirken suchen.

Hierzu eignen sich, wie einer unserer Fälle beweist, die parenchymatösen Carbolinjectionen nach Hüter und in gewissen Fällen die Ignipunctur nach Kocher, vielleicht auch die Trepanation des Knochens. Selbstverständlich wird man daneben die nie entbehrliche Immobilisirung und permanente Distraction des Gelenkes einleiten wegen ihrer unschätzbaren antalgischen Wirkung und zur Verhütung von Contracturen und Knorpeldecubitus.

Versuchsweise haben wir die curative Punction auch bei fungösen Gelenkentzündungen angewandt. Unsere Absicht ist durch mehrfache Wiederholung der Ausspülung in Gemeinschaft mit den übrigen therapeutischen Massnahmen allmälig eine Einwirkung auf die kranken Gewebe zu erzielen. Es würde dies schliesslich im Grossen eine Wiederholung der Hüter'schen Carbolinjectionen sein, von denen wir unzweifelhafte Erfolge gesehen haben. Selbstverständlich wird man nur bei den leichtesten Fällen des Tumor albus und vor allen nur in solchen, wo Knorpel und Knochen noch wesentlich intact ist, einen Erfolg erwarten dürfen. Wir haben bis jetzt bei 3 Fällen von Synovitis fungosa des Kniegelenkes und bei 2 Fällen von chronischer Coxitis die Auswaschung des Gelenkes mit 5 % Carbolsäure gemacht. Ein nachtheiliger Einfluss hat bei keinem der Fälle stattgefunden. Wir enthalten uns übrigens vorläufig noch jedes Urtheils über den Nutzen dieser Operation bei genannten Krankheiten.

Die Hüftgelenkspunction wurde an der vorderen Seite, an der Stelle des Schede'schen vorderen Resectionsschnittes gemacht. Der Troikart wurde hart an der inneren Seite des Sartorius und rect. fem. etwas schräg in der Richtung nach oben und innen eingestossen. Man gelangt so über dem Schenkelhals in die Gelenkkapsel.

Wenn die bisher besprochenen Punctionen sämmtlich wegen entzündlicher Gelenkkrankheiten ausgeführt wurden, so müssen der Vollständigkeit halber zum Schluss noch 6 Fälle von hochgradigem traumatischen Haemarthros erwähnt werden, die durch die Punction in kurzer Zeit geheilt wurden*). Es sind dies lediglich Fälle von Patellafractur mit hochgradigem, intraarticulären Bluterguss. Die Operation wurde hier in erster Linie zum Zweck der sofortigen Coaptation

---

*) Vergl. M. Schede, Zur Behandlung der Querbrüche der Patella und des Olecranon. Centralblatt für Chirurgie 1877. No. 42.

der Patellafragmente vorgenommen. Es genüge an dieser Stelle der Hinweis, dass in keinem Falle ein chronischer Hydarthros, der sich sonst gern an grosse, langsam resorbirte Blutergüsse anschliesst, entstand, dass in 2 Fällen, wo der Punction eine Carbolirrigation folgte, weder Fieber noch Schmerzhaftigkeit danach eintrat, während in den 4 anderen Fällen, wo die rein evacuatorische Punction gemacht wurde, eine leichte febrile und schmerzhafte Reaction folgte.

Aus den obigen Erörterungen geht vor allem die wichtige Erfahrung hervor, dass die unter antiseptischen Cautelen ausgeführte Punction des Kniegelenks ein absolut ungefährlicher Eingriff ist. Wenn man von dieser Ueberzeugung ausgehend ihren therapeutischen Werth gegenüber den älteren Behandlungsmethoden der Gelenkergüsse beurtheilt, so erhellt ihre Superiorität aus der grossen Sicherheit und Schnelligkeit des Erfolges und aus dem Ausbleiben von Recidiven in so überzeugender Weise, dass es zu ihrer Empfehlung kaum noch besonderer Auseinandersetzungen bedarf.

Ich bin nun der Ansicht, dass man den Kreis der Indicationen für die Punction erheblich weiter ziehen muss, als wir selbst dies bis vor kurzer Zeit noch thaten. Wir suchten bei frischen Fällen anfänglich immer die Operation zu umgehen und trachteten zunächst durch die gewöhnlichen Mittel zum Ziele zu gelangen. Erst wenn dabei die Affection sich als sehr hartnäckig erwies, oder wenn nach erfolgter Heilung bei geringem Gebrauche des Gelenkes ein Recidiv eintrat, hielten wir die Punction für geboten. Da nun dieser Fall aber sehr häufig eintrat, so lag die Erwägung nahe, weshalb man Zeit und Chancen für eine rasche Heilung unnütz verlieren solle mit Mitteln, die in jedem Falle von sehr zweifelhafter Wirkung sind. Wir halten uns deshalb jetzt nicht mehr lange auf mit Hautreizen, Compression etc., sondern pungiren sehr frühzeitig, sobald der Fall überhaupt dazu geeignet erscheint. Bis jetzt haben wir die besten Erfahrungen damit gemacht, so dass wir den früheren Satz Hüter's*), man solle angesichts der Gefahren der Arthropunction lieber auf langsamerem Wege zwar nicht cito, aber tuto fortzuschreiten suchen, dahin modificiren können: Man unterlasse es nicht, durch die gefahrlose Punction geeignete Gelenkkrankheiten cito et tuto zu heilen. — Zu den Gelenkaffectionen, welche durch die Punction und Auswaschung mit Carbolsäure theils geheilt, theils wenigstens günstig beeinflusst werden, glauben wir aber folgende rechnen zu dürfen:

I. Von acuter Synovitis diejenigen Fälle, bei denen durch eine hochgradige Exsudation ein Kapseldurchbruch droht oder grosse Schmerzhaftigkeit verursacht wird;

II. die subacuten und chronischen serösen Ergüsse Bei subacuter Synovitis warte man so lange, bis der Erguss nicht

*) Klinik der Gelenkkrankheiten. 1. Aufl. p. 499.

mehr zunimmt. Tritt dann nicht bei geeigneter Bandagirung in kurzer Zeit eine spontane Rückbildung desselben ein, so wähle man die Punction als den kürzesten und sichersten Weg zur Heilung.

Jeden chronischen Hydarthros pungire man sofort, da die Erfahrung lehrt, dass alle sonstigen Mittel eine dauernde Heilung nur mühsam und selten erreichen lassen;

III. die als Uebergangsformen zum Pyarthros bekannten eitrig-synovialen Ergüsse, die von Volkmann sogenannten katarrhalischen Gelenkeiterungen;

IV. die acuten Haemarthrosen infolge von Traumen. Bei excessivem Erguss kann die enorme Schmerzhaftigkeit die Entleerung des Gelenkes erheischen. Bei Fractur der Patella wird dadurch die erfolgreiche Behandlung der letzteren ermöglicht. In allen Fällen aber beschleunigt die Punction die Heilung und beugt den so gern nach Blutergüssen auftretenden Hydarthrosen vor;

V. vereinzelte Fälle von Arthritis urica mit hochgradigen Gelenkergüssen. Hier kann, wie unser Fall zeigt*), eine vorzügliche symptomatische Wirkung durch Linderung der Schmerzen nach Entfernung des Ergusses erzielt werden;

VI. parenchymatöse, eitrige Arthromeningitis nur insoweit, als von Seiten des Ergusses eine Kapselperforation droht, die durch die Punction verhindert werden kann. In den meisten Fällen wird hier die Drainage am Platze sein. In Fällen der Art, wie die 3 von uns mitgetheilten, und bei Gelenkverjauchungen infolge von maligner, infectiöser Epiphysen-Osteomyelitis, könnte man eine permanente Irrigation der Gelenkhöhle, Ignipunctur und Trepanation der Epiphyse etc. versuchen;

VII. die leichtesten Formen der fungösen Gelenkentzündung. Hier kann die Carbolausspülung nur adjuvirend neben sonstiger geeigneter Behandlung nützen. Auch wird man nur durch öfteres Wiederholen derselben etwas erreichen können.

Heilung eines alten Klumpfusses durch eine keilförmige Resection.

Von

E. Meusel in Gotha.

Bei alten angebornen Klumpfüssen lag der Gedanke nahe, die Knochenformen, die man durch Druck der Hand und durch Maschinenbehandlung nicht mehr bessern konnte, mit dem Meissel und dem Messer umzubilden. Es war bereits von Little die Exstirpation des Os cuboideum zur Correctur der Klumpfussbildung vorgeschlagen und in 3 Fällen von Davy ausgeführt worden. Indessen erwies sich dieselbe doch nicht als genügend und nahm Davy im 3. Fall bereits

*) Siehe p. 803. Anm.

ein Stück vom Talushals mit weg. Davies-Colley führte an einem doppelseitigen Klumpfusse eine Keilresection an den Tarsalknochen so aus, indem zuerst das Os cuboideum entfernt wurde und dann mit Messer und Säge Portionen des Calcaneus, Astragalus, Os naviculare und der Ossa Cuneiformia weggenommen wurden. Der Erfolg war ein sehr guter und Davies-Colley theilt mit, dass der betreffende Knabe mit den resecirten Füssen eine erhebliche Wegstrecke ohne Ermüdung zurückgelegt habe.

Im Frühjahr 1877 präsentirte sich mir ein Knabe, 9 Jahr alt, Otto Köhler aus Gotha, der als 1jähr. Kind in Jena tenotomirt und mit einer gebesserten Stellung des Fusses entlassen worden war. Nach Gotha zurückgekehrt, fand der Knabe die sorgfältige Behandlung nicht mehr, es bildete sich ein Recidiv, weswegen er vor 6 Jahren meine Hülfe suchte. Ich begann meine Behandlung und wie es schien mit gutem Erfolg, aber bald erlahmte der Eifer von Seiten der Eltern, das Kind wurde mir immer seltner vorgestellt und entschwand schliesslich meinen Augen. Da gerade in der letzten Zeit ein paar Heilungen von ganz verwilderten Klumpfüssen im Publicum bekannt geworden waren, so consultirten mich die Eltern von Neuem im Winter 1876 bis 1877. Ich sah, dass ohne eine Resection die Stellung des Fusses sich nicht corrigiren lassen würde, aber ich machte durch einige Monate doch den Versuch, den Fuss wenigstens etwas besser zu stellen, um das zu resecirende Stück möglichst klein ausfallen lassen zu können. Als ich glaubte, das Möglichste erreicht zu haben, schritt ich im April zur Operation. Ich hatte mir den Fuss in Gyps und mehrmals in weichem Thon abgeformt und probirt, welche Gestalt ein Resectionsstück haben müsse um zur besten Stellung des Fusses zu führen. Ich fand, dass es ungefähr einem Keil entsprach, dicht vor dem Sprunggelenk ausgeschnitten, aussen 2 Ctm. breit, am Fussrücken breiter als an der Sohlenseite. Ein Hautschnitt vom Rand der Sohle nach dem Fussrücken geführt, legte den Klumpfusshöcker bloss. Die leicht zu constatirende Luxation der Sehnen liess eine Verletzung leicht vermeiden. Mit möglichster Erhaltung des Periostes wurde dann der projectirte Keil ausgeschnitten, indem ich zuerst mit dem Meissel operirte, dann aber mit einem starken Resectionsmesser die Flächen scharf ausschnitt, ohne Rücksicht auf die Form der Gelenke. Ein Theil des Würfelbeins und des Talushalses, der Gelenkfläche des Kahnbeins und des Calcaneus wurde entfernt. Der Fuss stellte sich vortrefflich, nur fiel die Verkürzung unangenehm auf. Leider habe ich dieselbe nicht gleich nach der Operation gemessen, sie hat sich aber im Lauf der Heilung erheblich ausgeglichen, wie ich glaube durch Knochenneubildung des zurückgelassenen Periostes, so dass der Fuss jetzt, verglichen mit dem Gypsabguss, eine geringe Längendifferenz zeigt. Freilich hat auch die Correctur der Wölbung des Fusses zu seiner Streckung beigetragen. Die Heilung verlief ohne Fieber und ohne Eiterung. Im September konnte ich die Operation am 2ten Fuss folgen lassen. Nach wenigen Wochen konnte der Knabe auf vollen

Sohlen stehen und gehen, nur der Fersenfortsatz stand ein klein wenig nach innen und oben. Der Knabe hat seitdem gute Fortschritte gemacht und gebraucht jetzt seine Füsse anhaltend und in einer nahezu vollkommenen Weise.

L. Windmüller. Ueber das Durchscheinen von Geschwülsten.

Inaug.-Diss. Strassburg 1877.

Verf. bediente sich eines besonderen Apparates, um die Durchsichtigkeit der Geschwülste zu prüfen. Derselbe bestand zunächst aus einer Lichtquelle, Petroleumlämpchen mit Flachbrenner. Das Licht derselben fällt in eine 10 Ctm. lange, 1$^1/_2$ Ctm. im Durchmesser haltende Metallröhre, die an ihrer Innenfläche, der stärkeren Lichtreflexion halber, mit weisser Farbe überzogen ist. Ein Zoll von der Lampe entfernt befindet sich in der Röhre eine Convexlinse. Eine zweite Röhre von gleicher Länge und gleichem Durchmesser befindet sich der ersten gegenüber, gleichsam eine Fortsetzung derselben, und zwar durch einen, mit Schiebervorrichtung versehenen Bügel mit ersterer verbunden, so dass sie beliebig von derselben entfernt resp. derselben genähert werden kann. Die einander zugekehrten Oeffnungen der Röhren sind mit einem Ringe von Hartgummi eingefasst, zwischen sie wird die zu prüfende Geschwulst eingeschaltet und durch Zusammenschieben der Röhren festgehalten. Das Auge des Beobachters befindet sich an dem freien Ende der zweiten Röhre. — Das Licht ist sehr intensiv, der Apparat lässt sich am Lebenden verwerthen in einer grossen Anzahl von Fällen. Das Andrücken der Röhren an die zu untersuchende Geschwulst macht dem Kranken keine Beschwerden. Nur muss man die einander zugekehrten Mündungen der Röhren, so wie die zu untersuchende Geschwulst selbst mit einem Körper umhüllen, der die Lichtstrahlen nicht durchlässt, am besten mit Watte.

W. untersuchte auf der Lücke'schen Klinik eine Reihe von Cysten und Geschwülsten und kam zu folgenden Resultaten. Wenn Cysten nicht durchscheinend sind, so darf man auf einen blutigen Inhalt schliessen, wie dies W. durch Anfüllen einer Schweinsblase mit verschiedenartigem Inhalt experimentell beweisen konnte. Dermoïd- und Atheromcysten sind nicht durchscheinend. Kalte Abscesse mit dünnflüssigem Eiter zeigen schwaches Durchscheinen. Ist der Eiter flockig, so ist eine Durchsichtigkeit nicht vorhanden. Was die eigentlichen Neubildungen anbetrifft, so können die Fibrome, Lipome, Chondrome, Myxome und Sarcome die Eigenschaft des Durchscheinens besitzen. Die Tumoren im Typus der epithelialen Gewebe entbehren derselben. Der Grund dieser Erscheinung ist vielleicht einerseits in der Verschiedenheit der histologischen Elemente, andererseits in der grösseren oder geringeren Menge flüssiger Zwischensubstanz zu suchen, da die Zellen der Bindesubstanzen im Allgemeinen viel feinere, zartere Hüllen haben und in der Regel mehr flüssige Zwischensubstanz besitzen, als

die epithelialen Geschwülste. Grossen Einfluss auf das Durchscheinen hat ferner der Blutgehalt einer Geschwulst, daher dieselbe Geschwulstform manchmal durchscheinen kann, manchmal nicht.

(Vgl. auch Lücke, Centralblatt für Chirurgie 1875. No. 29.)

Sonnenburg (Strassburg i/E.).

H. Tillmanns. Ueber den Einfluss der Kohlensäure auf das Knochengewebe.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. VII. p. 533.)

Bezüglich des Knochenschwundes bei der Osteomalacie hat Rindfleisch die Hypothese ausgesprochen, dass vielleicht durch eine abnorme Vermehrung der Kohlensäure die Auflösung der Kalksalze veranlasst werde. Angeregt durch diese Angabe und bestrebt, die Ursachen des Knochenschwundes an den bei Pseudarthrose in den lebenden Knochen eingeschlagenen Elfenbeinstiften zu studiren, hat T. Versuche angestellt, welche beweisen, »dass es auch ausserhalb des Thierkörpers gelingt, durch die Einwirkung der CO_2 auf Elfenbeinstäbchen bei einer constanten Temperatur von 37—38° C. den bekannten Effect künstlich zu produciren, d. h. die vorher glatt polirten Stäbchen werden rauh, »angefressen«, haben also an den betreffenden Stellen ihre organischen und anorganischen Bestandtheile eingebüsst.« — Die Ursachen der für die Lehre vom Knochenschwund so wichtigen Usur der Pseudarthrosenstifte hat man einmal gesucht in dem angeblichen Druck der umgebenden Granulationen, dann in der Einwirkung einer freien Säure, besonders der Milchsäure. Ob aber letztere in der Umgebung der Elfenbeinstäbchen bei Pseudarthrose in genügender Menge vorkommt, um die Kalksalze derselben zu lösen, ist nach T. bis jetzt noch nicht genügend festgestellt. Wir wissen bis jetzt von der Milchsäure nur, dass sie sich leicht bei der Gährung von Amylum oder zuckerhaltigen Flüssigkeiten bildet, dass sie im thierischen Organismus vorzugsweise im Magensaft, im Darminhalte, in verschiedenen Drüsen und im Gehirn vorkommt. Im Muskel wies sie Du Bois-Reymond erst zur Zeit der beginnenden Fäulniss oder nach dauernden heftigen Muskelanstrengungen nach. Andererseits hat Heiss bewiesen (entgegen Heitzmann), dass es durch Fütterungen mit Milchsäure nicht gelingt, dem Knochen Kalksalze zu entziehen (Zeitschr. für Biologie Bd. XII. p. 151). Dagegen wissen wir von der Kohlensäure, dass sie in allen Gewebsarten des Thierkörpers als Endproduct der Verbrennung vorgefunden wird und dass sie den kohlensauren und phosphorsauren Kalk sehr leicht auflöst.

Die von T. angestellten Experimente sind folgende: drei nach unten in offene Röhrchen übergehende Gläschen wurden mit sorgfältig gereinigtem Quarzsand gefüllt, in jedes 2 polirte, vorher gewogene Elfenbeinstäbchen gesteckt und das Ganze in den Brutofen (37—38° C.) gestellt. Zwei Stifte wurden stets von destillirtem Wasser, 2 von

einer alkalischen Lösung von phosphorsaurem und kohlensaurem Natron in derselben Zusammensetzung wie im Blute und 2 von letzterer Lösung mit freier CO_2 7½ Wochen lang tropfenweise bespült. Nach der Herausnahme der Stifte zeigten sich blos die letzteren rauh und angefressen, ihre Spitzen aufgefasert. Auch die im destillirten HO befindlichen waren an der Spitze etwas biegsam geworden und zum Theil aufgefasert, sonst aber glatt; den hier stattgehabten minimalen Schwund der Kalksalze erklärt T. durch den Umstand, dass auch das destillirte Wasser, besonders wenn es an der atmosphärischen Luft gestanden, geringe Mengen von freier CO_2 enthält. — Ein 2. und 3. Versuch bestätigte das fortschreitende Rauhwerden der CO_2-Stifte. Der makroskopische Befund wurde histologisch bestätigt und der betreffende Gewichtsverlust durch Wägung bestimmt. — T. glaubt, dass die Kohlensäure nur die Kalksalze aufgelöst habe, während die restirende organische Grundsubstanz ohne Einfluss der CO_2 durch die Flüssigkeit bei Körpertemperatur (wie Catgut, Knorpelsequester etc.) aufgelöst wurde, wie auch ein bezüglicher Versuch an vorher entkalkten, in phosphorsaures und kohlensaures Natron gelegten Elfenbeinstäbchen bewies. Sodann schliesst T. aus seinen Versuchen, dass die Usurirung der Elfenbeinstäbchen auch ohne Druckwirkung von Seiten der Umgebung eingetreten ist. —

Auf Grund seiner Versuche ist T. geneigt, auch die Usur der in den lebenden Knochen bei Pseudarthrose eingetriebenen Elfenbeinstifte der Einwirkung der in den Geweben gebildeten freien CO_2 ebenfalls zuzuschreiben, und zwar in dem oben angeführten Sinne. Dass der in der Todtenlade liegende Sequester bei der typischen Nekrose gewöhnlich nicht auch allmälig aufgelöst wird, dass Rindensequester z. B. glatt bleiben, erklärt T. durch die Gegenwart des Eiters, welcher eine genügende Contactwirkung der CO_2 verhindere; der Sequester, in der Todtenlade mehr oder weniger mit Eiter resp. Detritus bedeckt, liege gleichsam ausserhalb des Stoffwechsels.

Ob auch die Resorption am lebenden Knochen, bei Entzündungen, bei der Osteomalacie etc. in erster Linie ebenfalls auf eine Einwirkung der CO_2 zurückzuführen sei, wagt T. vorläufig noch nicht zu entscheiden, er hofft, dass es ihm möglich sein wird, eine Methode ausfindig zu machen, um auch diese Frage experimentell zu prüfen. (Vergl. auch Flesch, zur Physiologie der Knochenresorption Centralblatt für die med. Wissensch. 1876. p. 524, Centralbl. für Chir. 1876, p. 567.)

Gersuny (Wien).

Jahresbericht über die chirurg. Abtheilung des Spitals zu Basel im Jahr 1876. (96 S.)

Die Zahl der Kranken betrug 635, davon starben 24; operirt wurden 146 mit 9 Todesfällen. 3 mal war Septikämie Todesursache, einmal trat der Tod während einer zu diagnostischen Zwecken eingeleiteten Chloroformnarkose ein.

Von grösseren Amputationen und Resectionen enthält der Bericht:

1 Amputation beider Oberschenkel (+).
4 Amputationen eines Oberschenkels.
3 - - Unterschenkels.
2 - - Oberarms.
1 Amputation - Vorderarms.
1 Resection des Hüftgelenks (+).
2 Resectionen des Kniegelenks (1 +).
1 Resection des Schultergelenks.
5 Resectionen des Ellenbogengelenks.

Von Resectionen am Handgelenk nennt die Schlusstabelle (p. 93) 2 ohne Todesfall, während in den Krankengeschichten 3 verzeichnet sind, wo in einem Fall der Tod, in zweien die Amputation nachfolgte (p. 57.)

Ausserdem verlief eine Exarticulation des Oberarms günstig, ebenso sämmtliche 8 Mammaexstirpationen mit Ausräumung der Achselhöhle. Bei 8 offenen Brüchen, 2 des Vorderarms, 6 des Unterschenkels, ist 1 Mal Tod, 1 Mal Amputation, 6 Mal Heilung verzeichnet. Von 4 Herniotomien endeten 2 tödtlich. — 9 Mal trat Erysipel im Verlauf der Wundheilung auf.

Vom Lister'schen Verband, von der Salicylwatte und vom Chlorzink wurde ausgedehnter Gebrauch gemacht.

Aus dem casuistischen Material mögen einige Fälle besonders hervorgehoben werden:

I. Splitterfractur des linken Stirn- und Scheitelbeins durch einen 40' hoch herabfallenden Backstein. Aeussere Wunde 7 Ctm. lang, Knochenimpression 7 Mm. tief. Nach Entfernung der deprimirten Knochen ist ein kleiner Riss in der Dura bemerklich, aus welchem Blut und Hirnmasse hervorquillt. — Chlorzink, Drainage, Catgutnähte, Lister's Verband, Eisbeutel. — Heilung ohne Fieber und Eiterung.

II. Empyemoperation mit Rippenresection. Es werden 3 Liter aus der linken Pleura entleert. Tägliche Carbolausspritzung. Am 4. Tag nach verschwundenem Fieber Schüttelfrost und 40°, am 5. Morgens beim Ausspritzen Collaps, und Tod nach 5 Stunden bei 42°. Sectionsbefund: Herz und Herzbeutel verwachsen, linker Ventrikel hypertrophisch. Gehirnoedem.

III. Ovariotomie bei multiloculärer Cyste mit Adhäsionen — nachdem anderwärts die Operation verweigert war. — Schnitt 8 Ctm. lang — Dauer der Operation $1^1/_2$ Stunden — alsbald Shock und Tod unter anhaltendem Collaps nach 37 Stunden.

IV. Amputation beider Oberschenkel wegen complicirter Fractur des linken Unterschenkels mit Gangrän am 3. Tag, und subcutaner Fractur des Condyl. ext. femor. dextr. mit Verjauchung des Kniegelenks am 6. Tag. Tod nach 11 Tagen.

V. Zertrümmerung des linken Vorderarms, grosse Risswunde ins rechte Fussgelenk hinein, Luxation des linken Oberschenkels, Quetsch-

wunden am Kopf, durch eine Locomotive entstanden. Pat. kam eine Stunde nach den Verletzungen ins Spital. Behandlung: Reposition der Luxation, Amputation des linken Oberarms und rechten Unterschenkels, Nähte am Kopf, Lister'sche Verbände. Heilung ohne Fieber.

Mögling (Tübingen).

A. Hartmann. Zur Behandlung des Nasenkatarrhs.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 16.)

H. hat sowohl beim acuten Schnupfen, als auch beim chronischen, mit Betheiligung der Nebenhöhlen, das Politzer'sche Verfahren vielfach angewandt und nicht nur momentane Erleichterung, sondern auch dauernde Besserung gesehen. Die Symptome, welche für Miterkrankung der Nebenhöhlen, besonders beim chronischen Katarrh sprechen, bestehen in Eingenommenheit des Kopfes, Gefühl von Druck und Schwere in demselben, allgemeiner Mattigkeit, in bald schwächer, bald stärker auftretendem Kopfschmerz, der hauptsächlich in die Stirne verlegt wird u. s. w. — Um sich von dem Austreten von Flüssigkeiten aus den Nebenhöhlen zu überzeugen, hat H. Versuche an Leichen angestellt. Er meisselte Keilbeinhöhlen mit enger Mündung von der Sella turcica her auf, füllte sie mit Wasser und neigte den Kopf, nach Verschluss der gemachten Oeffnung, nach vorn. Wurde nun die Politzer'sche Luftdouche angewandt, so stürzte sofort das Wasser aus der Nase, woraus H. schliesst, dass sich auf diese Weise angesammelte Secrete aus den Keilbeinhöhlen etc. entfernen lassen.

Was die Ozaena betrifft, so lässt H. die Richtigkeit der Angaben Michel's bezüglich der häufigen Mitbetheiligung der Nebenhöhlen dahingestellt. Viel wichtiger erscheint H. bei der Ozaena eine zu grosse, ein- oder doppelseitige Ausdehnung der Nasenhöhle selbst, wodurch der Luftstrom bei der Respiration und beim Schnäuzen viel weniger auf die Entfernung der wandständigen Secrete einwirken kann, daher Stagnation der letzteren besonders in den oberen und hinteren Partien der Nasenhöhle, oberhalb der Choanen, zwischen den Nasenmuscheln und am Rachendach. Nach Michel und Zaufal kommen bei der gewöhnlichen, nicht syphilitischen Ozaena keine Geschwürsbildungen auf der Schleimhaut vor und nekrotische Processe sollen sich nur in den seltensten Fällen vorfinden.

Um bei der Ozaena eine regelmässige und vollständige Entfernung der übelriechenden Massen, der Secrete etc. zu erzielen, bedient sich H. der Nasenbürstchen, welche aus dünnem, biegsamen Draht gefertigt und mit senkrecht abstehenden Haaren versehen sind. Durch nachfolgende Nasendouche mit dem Zerstäubungsapparat oder mit der Spritze und durch kräftiges Schnäuzen gelingt die gewünschte Reinigung meist sehr rasch.

Gegen die beim chronischen Katarrh vorhandenen Schwellungen und hypertrophischen Processe der Schleimhaut lobt H. die von Michel in die Praxis eingeführte galvanokaustische Behandlung, ein Verfah-

ren, dessen Schmerzhaftigkeit und entzündliche Reaction sehr unbedeutend ist. Von Wichtigkeit bei der theils von vorn, theils von hinten vorgenommenen galvanokaustischen Behandlung ist eine möglichst gute Beleuchtung mit dem Rachenspiegel. Um keine unbeabsichtigten und keine zu umfangreichen Zerstörungen mit dem Galvanokauter hervorzurufen, ist stets die Spitze des letzteren unter Beleuchtung zu controliren und die zu behandelnden Stellen sind mit der Sonde vorher zu prüfen. **H. Tillmanns** (Leipzig).

Süskind. Ueber Exstirpation von Strumen.

Inaug.-Diss. Tübingen 1877. 61 S. 9 Tabellen.

In einem geschichtlichen Abschnitt stellt Verf. die sämmtlichen, in der Literatur bis 1876 auffindbaren, genauer berichteten Fälle zusammen. Davon kommen auf Frankreich 15, England 13 (erster Fall 1829), Amerika 8 (erster Fall 1862); auf Deutschland in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts allein 14, und seit 1850 nicht weniger als 97 Fälle. Nach den Operateuren gezählt kommen auf v. Bruns 28 (6 †), Billroth 20 (8 †), Kocher 13 (2 †), Lücke 10 (1 †), Kappeler 5 (0 †), Chelius 5 (1 †), Mech 4 (0 †).

Bis 1850 berechnet sich die Mortalität auf 40,9%; seither auf 19,4%. Das ums Doppelte günstigere Resultat der Neuzeit ist bedingt durch die bessere Beherrschung der Blutung (von allen 22 sind nur 3 an den Folgen der Blutung gestorben), ausserdem durch die Narkose und die sorgfältigere Nachbehandlung.

Nach Besprechung der Gefahren der Operation wird sodann in dem Abschnitt über Indicationen die Ansicht Billroth's, dass man nach dem 40. Jahr nicht mehr operiren sollte, durch Zahlen widerlegt, indem von 17 Individuen über 40 Jahre 12 geheilt sind. Ebenso tritt Verf. der Forderung von Schuh entgegen, dass nur Cysten unter Apfelgrösse excidirt werden dürfen. Das in Tübingen übliche Verfahren kennzeichnet er durch die 2 Regeln: 1) Die Ausschälung muss mit stumpfen Werkzeugen erfolgen. 2) Alle im Zellgewebe verlaufenden Gefässe müssen vor der Durchschneidung doppelt unterbunden werden (so wurden in einem Fall von v. Bruns 120 Ligaturen angelegt). Die galvanokaustische Abtragung ist nur selten und nur als Theil der Operation anwendbar. Das Evidement des Kropfs (Kocher) oder die intracapsuläre Ausschälung (Lücke) harrt nach S. noch der genügenden Anzahl von Beweisfällen.

Es folgen 10 Krankengeschichten aus den seit 1861 vorliegenden 23 Fällen von v. Bruns. (Den ersten hiesigen Fall hat 1853 Werner, 4 weitere 1860 Klein in einer Dissert. beschrieben.) In 9 ausführlichen Tabellen sind schliesslich alle seit 1850 vorgekommenen Operationen zusammengestellt. **Mögling** (Tübingen).

Schueller. Ueber die durch das Hineingelangen von Fremdkörpern und Speisepartikeln in die Luftwege bedingten Erscheinungen.

(Verhandl. des med. Vereins zu Greifswald [13. Jan. 1877], abgedr. in der deutsch. med. Wochenschrift 1877. No. 5.)

Im Anschluss an seine Zusammenstellung von 48 Fällen gleichzeitiger Verletzung der Luft- und Speiseröhre, in denen nur ein einziges Mal Tod durch Fremdkörperpneumonie eintrat, versuchte S. nunmehr experimentell festzustellen, ob in die Luftwege gelangende Speisepartikel Pneumonien veranlassen. Kaninchen, denen durch Trachealwunden Milch, Mehlbrei, Wasser oder endlich Tusche mittelst der Pravaz'schen Spritze injicirt ward, wurden nach genauer Beobachtung in verschiedenen Zeitabständen von einander getödtet und ihre Lungen theils frisch, theils nach vorgängiger Erhärtung untersucht. Injectionen der erwähnten Substanzen von 1—4 Kbcm. vertrugen die Thiere sehr gut, ohne dass Temperatursteigerung oder Abnahme der Fresslust eintrat; über den Lungen war nur sparsames Rasseln zu hören. Ein Theil der eingeführten Masse floss in den ersten 2 Tagen, mit Bronchialsecret vermischt, zur Wunde heraus. Milch war noch am 6. bis 8. Tage in den Alveolen nachweisbar und zwar in der Regel die Milchkügelchen in dem Alveolarepithel eingeschlossen, von dem ein Theil sich abgelöst hatte. Vom Mehlbrei waren die Alveolen des Mittel- oder des Unterlappens beider Lungen in einzelnen Gruppen verstopft, die Mehrzahl der Amylumkörner war im Epithel eingeschlossen, in älteren Fällen zeigte sich das Epithel meist geschwunden und die Interalveolarsepta in dichte Narbenmasse umgewandelt (chron. interstit. Pneumonie mit Ausgang in Schrumpfung). Aehnliche chronische interstitielle Processe mögen, meint S., in den Lungen der Bäcker und Müller als Folge der Mehlstaubinhalation sich finden. Vom Wasser konnten 32 Kbcm. innerhalb $^1/_2$ Stunde ohne Schaden eingespritzt werden. Von der Tusche finden sich Partikel theils im Alveolarepithel, theils in den interalveolären Lymphgefässen, theils endlich, in weisse Blutkörperchen eingeschlossen und durch letztere von ihrer Ursprungsstätte verschleppt, im Blute des Thieres vor. Wurden dagegen Mischungen von Milch mit faulem Blut oder von Milch mit gezüchteten Bacterien eingespritzt, so trat schon nach ganz kleinen Mengen hochgradige Dyspnoe, rapide Temperatursteigerung bis zu 40° C. und innerhalb 20—24 Stunden Tod ein. Die stark hyperämischen Lungen zeigten Lobulärinfiltration; in den afficirten Partien waren neben Desquamation des Epithels die Septa »körnig-faserig umgewandelt« und mit Rundzellen infiltrirt, einzelne Blutgefässe durch geronnenes Blut verstopft (septische Pneumonie).

Aus diesen Versuchen ergiebt sich nach S. der Wahrscheinlichkeitsschluss, dass auch beim Menschen in die Luftwege gelangte Speisepartikel theils expectorirt, theils resorbirt, theils »encystirt« werden und

dass dieselben, vorausgesetzt, dass sie nicht putrid inficirt sind, nur leichte Katarrhe, bei schwerer resorbirbaren Stoffen (Mehl) dagegen chronische interstitielle Entzündungen zur Folge haben.

J. Munk (Berlin).

A. Ogston. Zur operativen Behandlung des Genu valgum. (Nebst Tafel.)

(Vortrag gehalten in der 1. Sitzung des VI. Chirurgen-Congresses 1877.)

(Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XXI. Hft. 3. p. 537.)

Wir verweisen, was das Operationsverfahren (Durchsägen des Condyl. int. innerhalb des Gelenks, um denselben weiter oben wieder anheilen zu lassen), sowie was den ersten operirten Fall anbetrifft, auf den Aufsatz des Verf. in dem Edinburgh Medical Journal im März 1877. (vgl. Centralblatt für Chir. 1877 No. 19). Im letzten Februar hatte O. Gelegenheit eine dritte derartige Operation mit gleich gutem Erfolge auszuführen. Der Fall war folgender: 17jähr. männl. Individuum mit einseitigem Genu valgum. Der Unterschenkel bildet mit dem Oberschenkel einen nach aussen offenen Winkel von 140°. Nach fünfwöchentlicher vergeblicher Behandlung mit Schienen wurde zur Operation geschritten. Nach derselben war es sofort möglich den Unterschenkel in die gewünschte Stellung zu bringen. Höchste Temperatur 38,1. Am 17. Tage nach der Operation wurde ein fester Verband angelegt. Bereits 4 Wochen nach der Operation konnte der Verband entfernt und der Kranke als geheilt entlassen werden. (Ueber das Verhalten der doch als Fremdkörper innerhalb des Gelenks anzusehenden Sägespäne, meint Verf., dass dieselben ähnlich, wie das Blut, zur Resorption gelangen.) **Sonnenburg** (Strassburg i/E.).

Kleinere Mittheilungen.

Wehenkel. Hydrocéphalie interne congénitale.

(La presse médicale belge 1876. Décembre 24.)

Die Affection bestand in einer cystischen Erweiterung der beiden Seitenventrikel des Grosshirns von ganz ungewöhnlicher Ausdehnung. Die darin enthaltene Flüssigkeitsmenge soll 2500 Gramm betragen haben. Die Grosshirnrinde war auf eine schmale Schicht von nur einigen Mm. grauer Substanz reducirt; sie zeigte keine Spur von Windungen mehr. Die Thalami optici, die Corpora striata und andere angrenzende Theile waren stark abgeplattet, das Kleinhirn dagegen, ebenso die Hirnbasis, ziemlich intact.

Der Knabe, welcher diese Missbildung zeigte, hatte ein Alter von 15 Jahren 7 Monaten erreicht. In seiner äusseren Erscheinung waren die ungewöhnlichen Dimensionen des Schädels (18 Ctm. im Diameter antero-posterior) und die höchst unvollkommene Entwicklung der Extremitäten auffällig, welche ihn genöthigt hatten, von Geburt an das Bett zu hüten. So besassen beispielsweise die beiden Vorderarmknochen der rechten Seite nur eine Länge von 5 Ctm. (gegen 21 und 18 Ctm. der linken Seite); die Hand war durch einen Metacarpalknochen, mit einem Finger von 2 Phalangen (dem Daumen) repräsentirt. Am rechten Unterschenkel fehlte die Fibula ganz; den Fuss bildeten Fersenbein, Kahnbein und 3 Metatarsalknochen mit ihren zugehörigen Phalangen. — Die Intelligenz war bei dem Knaben natürlich sehr

beschränkt, aber keineswegs aufgehoben. Er gab auf einfache Fragen, wenn auch langsam, so doch richtige Antwort, er erkannte die mit seiner Pflege beschäftigten Personen und grüsste den Arzt, sobald er ins Zimmer trat. Die Sprache war langsam und verwirrt, die allgemeine Sensibilität etwas abgestumpft, die Motilität im ganzen Körper beschränkt, rechts mehr, als links. Die vegetativen Functionen des Körpers liessen keine Störung erkennen. — Der Tod erfolgte, ohne vorausgegangene Krankheit, an einer Haematemesis. **A. Hiller** (Berlin).

Kaposi. Neuer Beitrag zur Lehre vom Zoster. Zoster recidivus.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 25 u. 26.)

Verf. beschreibt anknüpfend an seine früheren Mittheilungen über denselben Gegenstand (Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 25, 26 und 38. 1875. No. 22 und 33. 1876. No. 1 und 2) einen 6., 7., 8. und 9. Recidivausbruch von Zoster bei derselben Patientin (vgl. Centralbl. f. Chir. 1875. p. 13, ferner 1876. p. 368) Als 6. Ausbruch erschien Zoster lumbo-sacro-cruralis der rechten, als 7., 8. und 9. ein Zoster cervico-brachialis der linken Seite. Interessante Daten über die beobachteten ätiologischen Momente im Allgemeinen und epikritische Bemerkungen über den Fall im Speciellen sind angefügt. Ausser Texturerkrankungen der Intervertebralganglien sind die in dieselben erfolgenden Hämorrhagien (ebenso in das Ganglion Gasseri) als Veranlassungen zu erwähnen, aber auch Erkrankungen und Verletzungen (Zerrung, Druck, Entzündung, Neoplasmen etc.) theils der peripheren Nervenstämme für sich, theils der Gebilde des Rückenmarkes und Gehirns mögen Zoster zur Folge haben können. In einem Falle von Zoster pectoralis wurde blosse Umspülung der der Zosterseite entsprechenden Nervenstämme durch Eiter gefunden, welcher von einer Wirbelcaries herrührte. **v. Mosengeil** (Bonn).

J. Brodbury. Hydatid tumour of left kidney successfully treated by aspiration.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. II. p. 247. Brit. med. assoc.)

Bei einem 8jährigen Knaben bestand in der linken Seite des Abdomens ein elastischer Tumor, über demselben gedämpfter Ton; auf seiner höchsten Stelle war Hydatidenschwirren zu fühlen. Das Colon war zur rechten Seite gedrängt. Aspiration entleerte 44 Unzen Echinococcus-Flüssigkeit; bald darauf enthielt der Urin Eiter (— Comunication des Tumors mit dem Nierenbecken —). 10 Tage später hatte sich die frühere Geschwulst wieder hergestellt und es entleerte der Aspirator jetzt $31\frac{1}{2}$ Unzen purulenter Flüssigkeit, welche Echinococcusblasen enthielt; der Fall verlief normal, nur dass einige Monate lang Eiter und kleine Echinococcusblasen im Urin auftraten. **Pilz** (Stettin).

Maske. Ein medicinisches Curiosum.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 28.)

Ein 14jähriger Junge hatte sich eine Schraubenmutter über den Penis geschoben. Pat. kam nach einem $1\frac{1}{2}$stündigen Marsche zu M.; letzterer fand den Penis in halberigirtem Zustande, die Haut wurstartig ödematös geschwollen, stark geröthet. Da die Entfernung des Ringes vom Penis unmöglich war, so wurde derselbe (1 Ctm. dick) durchgefeilt, was nach 1stündiger Arbeit gelang. Nachdem mit Meissel und Hammer die durchgefeilte Schraubenmutter etwas auseinandergebogen war, gelang die Entfernung. Heilung ohne Nachtheil.

H. Tillmanns (Leipzig).

Murray. A case of haematoma of the anterior wall of the vagina.

(Philad. med. Times 1877. No. 254. p. 539.)

Eine 17 Jahr alte, seit bereits 4 Jahren, aber stets unregelmässig menstruirte Seiltänzerin fiel 30′ tief herab. Sie kam mit den Beinen auf den Boden zu stehen, fiel dann um und blieb 10 Minuten bewusstlos. Später starke Schmerzen in der Seite und Schwellung des Leibes. 1 Monat später, als sie eine Injection machen wollte, bemerkte sie eine rundliche Geschwulst in der Vagina. Das Uriniren und

der Coitus waren schmerzhaft. Der birnförmige Tumor sass in der vorderen Vaginalwand, war nach der Urethra zu $1^1/_2''$ dick, $2^1/_2''$ lang, $1^1/_2''$ breit, er reichte vom Scheidengewölbe bis kurz hinter den Introitus vaginae. Mittelst des Aspirator von Dieulafoy wurden 240 Gramm dunkeln, flüssigen Blutes entleert. Heilung.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Bauer. Hymen imperforatus.

(Wiener med. Wochenschrift 1877. No. 5.)

Eine 19jährige kräftige Frau hatte bis nach ihrer Verheirathung nie Menses noch Menstrualbeschwerden gehabt; alsdann traten aber mit 4wöchentlichen Zwischenpausen Schmerzen auf, und wurde unterhalb des Nabels eine birnförmig nach unten sich verjüngende Geschwulst im Abdomen gefühlt. Die Harnröhre war erweitert, das Hymen imperforirt und nach aussen vorgewölbt. Nach Incision des Hymen rückte der als Geschwulst gefühlte und nach oben zu dislocirt gewesene Uterus herab, während sich verändertes Menstrualblut entleerte. Allmälige Rückbildung des Uterus und regelmässige Menses folgten.

v. Mosengeil (Bonn).

Proske. Ein sehr einfaches Verfahren der Taxis eingeklemmter Brüche.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 18.)

Die Mittheilung Panthel's über Reposition eingeklemmter Brüche (cfr. Centralbl. f. Chir. 1877. p. 294) veranlassten P., sein Verfahren der Taxis eingeklemmter Brüche an der Hand zweier Fälle zu beschreiben. In dem ersten Falle (eingeklemmter Leistenbruch) erwies sich jede Taxis erfolglos; Erbrechen faecaler Massen. P. entschloss sich zur Darmausspülung, in der Erwartung, dass die in die Därme eingelassene grosse Quantität von lauem Wasser die eingeklemmte Darmschlinge mechanisch aus dem Bruchringe zurückziehen werde. Der Kranke wurde in die Knie-Ellbogen-Lage mit recht erhöhtem Steiss gebracht und dann mittelst eines Irrigator 2 Liter lauen Wassers per anum in den Darmcanal eingetrieben. In wenigen Secunden war der volle Inhalt des Gefässes in den Darmcanal des Kranken ausgeflossen, als in demselben Augenblick die Einklemmung gehoben war In die Rückenlage gebracht, entleerte Pat. sofort das Wasser mit massenhaften Kothconcrementen (etwa 3 Liter zusammen). — In einem 2. Falle von Brucheinklemmung wandte Verf., ohne die Taxis erst zu versuchen, dasselbe Verfahren mit demselben augenblicklichen Erfolge ebenfalls wieder an.

H. Tillmanns (Leipzig).

Wood. Large scrotal hernia in a young child; operation for radical cure by Wood's Method.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 834.)

W. operirte nach seiner Methode ein 3jähriges Kind mit grosser angeborener Scrotalhernie. Die weite, schlaffe Pforte liess bequem 2 Finger durch; ein Bruchband hielt die Hernie nicht zurück. Nach der Operation wurde mittelst Spica ein Bausch befestigt und die gebeugten Kniee wurden etwas erhoben und an einander gebunden. Verf. hat über 200 Kinder wegen angeborener Hernie operirt, darunter nur wenige im 3. Jahre. Bei 3 nach der Operation Gestorbenen war nur 1 Mal Peritonitis Todesursache, dieselbe hatte aber auf der der Operation entgegengesetzten Seite begonnen und ging anscheinend von einer durch die Bandage gequetschten Darmschlinge aus. In 10 Fällen beobachtete er peritonitische Reizung. W. legt Werth darauf, nur gesunde Kinder zu operiren und für freien Abfluss des in der Regel geringen serösen Secrets zu sorgen. Der Draht muss durchschneiden ist nicht vor dem 8.—10. Tage zu entfernen; dann ist volle Verlöthung erreicht. Nur in sehr schweren Fällen ist die Verwachsung sparsam und muss einige Zeit noch eine Bandage zur Unterstützung getragen werden. Vielfach konnte W. die Patienten später sehen und in 70% radicale Heilung constatiren. **Pilz** (Stettin).

Donald. Wound of palmar arch, repeated haemorrhages, ligature of brachial artery, failure; ligature of radial and ulnar arteries.

(Brit. med. Journal 1877. Vol. I. p. 72.)

Ein Mann hatte sich vor 3 Wochen eine Längswunde in der Hohlhand zugezogen. Mehrfache Blutungen waren erfolgt; die verletzten Arterien konnten in der Wunde nicht gefunden werden. Locale Compression; Nachblutung; Ligatur der Brachialis. 6 Tage darauf war Puls in der Radialis zu fühlen; am folgenden Tage führte heftige Nachblutung zur Ligatur der Radialis und Ulnaris; Heilung.

Pils (Stettin).

Roberts. Fracture of the patella treated with a modification of Malgaigne's hooks. (Service of Dr. Levis.)

(Philad. med. Times 1877. Mai 26. No. 248. p. 400.)

Die Modification besteht darin, dass die Malgaigne'sche Klammer an beiden Enden nicht gekrümmte Doppelhaken, sondern gekrümmte einfache Haken bekommt; von diesen Klammern gebraucht man dann 2. Auf solche Weise kann man die Fragmente viel sicherer aneinanderbringen. In einem so behandelten Querbruch der Patella, wo diese Klammern 5—6 Wochen lagen, war nach der Heilung der Längsdurchmesser der Patella nicht bedeutender, als auf der gesunden Seite.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

Surmay. Luxation du quatrième metatarsien droit en haut sur le cuboïde. — Réduction facile.

(Bulletin de la Société de Chirurgie 1876. No. 8.)

Der Fall ist seiner Seltenheit wegen interessant. Ein Oekonom ging zu Fuss neben seinem beladenen Wagen, als die Pferde plötzlich etwas scheuten und er beim Versuche, sie zurückzuhalten, vom Wagenrade am rechten Fusse überfahren wurde. Pat. konnte noch die etwa 200 Meter entfernte Wohnung gehend erreichen.

Bei der bald darauf vorgenommenen Untersuchung fand S. den rechten Fussrücken erheblich geschwollen, insbesondere an der Aussenseite; dabei wenig Schmerzhaftigkeit. Die Haut bläulich verfärbt.

Die Beweglichkeit im Sprung- und in den Zehengelenken völlig frei. Im Niveau der genannten Schwellung drücken die palpirenden Finger in eine so erhebliche Vertiefung, dass es schien, als ob der Tarsus verrenkt oder eine Erhebung der Gewebe durch den nach vorn luxirten Astragalus da wäre. Doch war dies nicht der Fall, sondern diese Vertiefung kam nur auf Rechnung der Erhebung der Haut durch einen Bluterguss und durch einen knöchernen Vorsprung, den man sehr deutlich in der Gegend des hinteren (oberen) Endes des 4. Metatarsalknochens fühlte, wo auch Schmerzhaftigkeit vorhanden war. Man fühlte deutlich das deplacirte hintere Gelenkende des 4. Metatarsalknochens.

Die Reposition gelang einfach in der Weise, dass S. durch einen Gehülfen die vierte, mit Linnenstreifen umwickelte Zehe stark extendiren liess und zwar etwas in der Richtung nach abwärts, so dass sich das luxirte Metatarsalende etwas erhob. Ein anderer Gehülfe fixirte das Bein, und S. drückte jetzt kräftig beide Daumen auf das luxirte Metatarsalende in der Richtung nach vorn und abwärts. Mit einem knackenden Geräusche glitt dasselbe an seine normale Stelle und jede Difformität am Fusse war sofort verschwunden.

S. führt an, dass Malgaigne in der Literatur 21 derartige Fälle gesammelt habe, jedoch darunter nur einen selbst beobachtete, und zwar war die Luxation gerade so, wie im obigen Falle, eine des 4. Metatars. auf das Os cuboid.

S. meint, in seinem Falle sei die Luxation so entstanden, dass das Wagenrad, während der Vordertheil des Fusses sich fest gegen den Boden stemmte, über das Os cuboid. wegging und es herabdrückte.

Fr. Steiner (Wien).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, Dr. M. Schede, Dr. H. Tillmanns

in Leipzig. in Berlin. in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 51. **Sonnabend, den 22. December.** **1877.**

Gehirnvorfall mit Ausfluss von Ventrikularflüssigkeit.

Beobachtung

von

Dr. **Baum**,

Oberarzt am städtischen Krankenhause zu Danzig.

Das gleichzeitige Heraustreten von Gehirnmasse und Cerebrospinalflüssigkeit bei complicirter Schädelfractur ist meines Wissens bisher noch nicht beschrieben worden und ich erlaube mir daher einen solchen von mir beobachteten Fall in Kürze mitzutheilen.

Max Haak von hier, $14^{1}/_{2}$ Jahr alt, wurde am 24. Juli cr. bei einem Feuerwerk in der Weise verletzt, dass ihm eine blecherne Patronenhülse aus geringer Entfernung gegen den Kopf flog. Er stürzte sofort besinnungslos zu Boden. Die etwa 7 Ctm. lange Wunde begann in der Gegend der Kranznaht, ungefähr 2 Ctm. nach links von der Mittellinie und verlief ziemlich genau, der Richtung dieser Naht

folgend, zur linken Schläfe herab. Die Wundränder klafften stark, waren arg zerfetzt und zwischen denselben lag zerrissene Gehirnmasse, mit Knochensplittern vermischt. Der herbeigerufene Hausarzt, Stabsarzt Dr. Staecker von hier, trug einen Theil der vorgefallenen Gehirnsubstanz ab, entfernte die oberflächlich liegenden Knochensplitter, ebnete die Hautränder und vereinigte die laterale Hälfte der Wunde durch 4 Knopfnähte. Die mediane Hälfte, welche sich nicht vereinigen liess, blieb offen. Der Knabe war inzwischen in das benachbarte Diakonissen-Krankenhaus per Wagen gebracht worden; er entsinnt sich dieser Fahrt, das Bewusstsein ist demgemäss etwa eine Stunde nach dem Unfall zurückgekehrt.

Ich sah den Kranken zuerst am 26. Juli, an welchem Tage ich zur Consultation zugezogen wurde. Der nicht vereinigte Theil der Wunde klaffte und liess zwischen den Wundrändern ein wallnussgrosses Stück roth gefärbten, mit dem Puls isochronisch pulsirenden Gehirns erblicken. Das Sensorium war nicht merklich benommen; der Patient beantwortete die wenigen an ihn gestellten Fragen etwas langsam, aber richtig, streckte auf Verlangen die Zunge hervor u. s. w. Die Gesichtsfarbe war blass, die Pupillen zeigten gleiche Weite und reagirten normal. Lähmungserscheinungen waren nicht vorhanden. Die Temperatur schwankte zwischen 37,8 und 38,2, Puls und Respiration waren normal.

Da ich die Anlegung eines antiseptischen Verbandes nicht mehr für opportun hielt, so wurde die Wunde von mir ganz unberührt gelassen, nur das dieselbe bedeckende Oelläppchen mit einer in 10% Carbolöl getauchten Compresse vertauscht. Ein auf den Hinterkopf applicirter Eisbeutel kam mit der Wunde nicht in Berührung und wurde daher belassen. Das Allgemeinbefinden des Kranken blieb in der ersten Zeit unverändert, obwohl nach Entfernung der Nähte am 5. Tage auch hier die Wundränder sich trennten, um ebenfalls Gehirnmasse zwischen sich aufzunehmen, so dass schliesslich die ganze Wunde von einem wurstförmigen, stark daumendicken Gehirnvorfall überlagert erschien.

Am 6. Aug. änderte sich das Bild insofern, als die Temperatur plötzlich auf 41,4, die Pulsfrequenz auf 110 stieg, das Gesicht sich röthete und die Augen glänzend wurden. Aus der Wunde drängte sich neue Gehirnmasse hervor, welche fast Faustgrösse erreichte. Dieser neu entstandene secundäre Gehirnvorfall unterschied sich von den mir bis dahin bekannt gewordenen Fällen von Fungus cerebri nur dadurch, dass er nicht stank und auch bis zu seinem Verschwinden geruchlos geblieben ist. Bis zum 10. Aug. behielt der Fungus bei gleich hohem Fieber annähernd gleiche Dimension, indem sich, während die peripheren Partien desselben zerflossen, neue Massen aus dem Inneren hervordrängten. Auch während dieser Zeit blieb das Sensorium anscheinend intact, Lähmungserscheinungen oder Convulsionen traten nicht auf.

Am 10. Aug. Abends war die Temperatur plötzlich auf 37,8 ge-

sunken. Als ich am anderen Morgen den Kranken sah, zeigte sich in der Mitte des Fungus eine tiefe, trichterförmige Vertiefung, aus welcher ununterbrochen eine wasserklare Flüssigkeit abtropfte. Im Uhrglase aufgefangen und untersucht, zeigte dieselbe alkalische Reaction, starken Kochsalzgehalt und nur Spuren von Eiweiss. Mit dem Eintritt dieses Flüssigkeitsabflusses hörte das Vordringen neuer Gehirnmasse auf, die Wunde begann an den Rändern zu vernarben und die prolabirte Gehirnmasse bedeckte sich mit Granulationen. Gleichzeitig sank die Temperatur definitiv herab, indem sie von nun an freilich sehr unregelmässig zwischen 37 und 38,7 schwankte. Zeigte sich der Trichter vorübergehend verklebt, so dass der Abfluss ins Stocken gerieth, so stieg die Temperatur sofort wieder erheblich, bis 41°, ein Ereigniss, welches viermal eintrat und zwar am 13., 18., 20. und 24. Aug. An diesen Tagen liess ich 2 bis 3 Blutegel an die Schläfe setzen und grosse Chinindosen reichen, wonach sich der Ausfluss wieder herstellte und die Temperatur herunterging. Am 29. Aug. sistirte der Ausfluss definitiv, am 30. war die Temperatur normal und blieb seit jener Zeit auch so. Die Wunde vernarbte ziemlich schnell, kleine Knochensplitter exfoliirten sich theils spontan, theils unter geringer Nachhülfe. Am 17. Sept. stand Pat. zum ersten Male auf; er war durch das lange Krankenlager so wenig geschwächt, dass er sogleich ohne Unterstützung durch das Zimmer gehen konnte, am 22. verliess er die Anstalt.

Am 30. Oct. d. J. präsentirte ich ihn in der ärztlichen Section der hiesigen naturforschenden Gesellschaft. Der vordere Fracturrand steht erheblich höher als der hintere, in der Spalte sieht man unter der Narbe deutlich die mit dem Radialpuls isochrone, durch die Respiration anscheinend nicht beeinflusste Gehirnpulsation. Der Knabe fühlt sich durchaus wohl, zeigt keine Spur verminderter Intelligenz und ist heiter und vergnügt. Eine gepolsterte Metallplatte beschützt die Narbe gegen Verletzungen. —

Schon die Combination des primären und secundären Gehirnvorfalls, obwohl dieselbe an sich nichts Ueberraschendes hat, scheint ziemlich selten zu sein. Der Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit unter diesen Umständen ist aber, wie ich schon anfangs erwähnte, so viel ich weiss, bisher noch nicht beschrieben worden. Dass es sich um diese Flüssigkeit wirklich gehandelt hat, ist wohl zweifellos, fraglich könnte nur scheinen, woher dieselbe stammte. Ich glaube, dass sie nur aus dem linken Seitenventrikel gekommen sein kann; dafür spricht einerseits die Lage des Abflusstrichters in der Mitte der prolabirten Gehirnmasse, andererseits die Quantität der vorgedrängten Gehirnsubstanz, welche so gross war, dass eine Mitbetheiligung des Gehirns bis zur vorderen, oberen Wand des Ventrikels sehr wohl angenommen werden kann. Dass aber gerade aus jener Richtung her die Gehirnmasse hervorgequollen sein muss, dafür spricht einerseits die Localität der Verletzung, andererseits das Fehlen von Sprachstörungen. Medianwärts war die Grenze der Hemisphäre bald er-

reicht, seitwärts zur Schläfengegend hin kann sich aber die Läsion eben der Integrität der Sprache wegen nicht weit erstreckt haben.

So bleiben nur die das vordere Horn des linken Seitenventrikels von vorn und oben begrenzenden Theile des Gehirns übrig, auf welche man per exclusionem recurriren muss. Wäre die Flüssigkeit aus den grossen, subserösen Lymphräumen der Gehirnoberfläche ausgeflossen, so hätte die Communicationsöffnung an der Peripherie des Gehirnvorfalls sich befinden müssen, anch wäre in diesem Fall eine diffuse Meningitis wohl schwerlich ausgeblieben.

F. König. Lehrbuch der speciellen Chirurgie für Aerzte und Studirende. Zweiter Band, mit 186 Holzschnitten.

Berlin, **August Hirschwald,** 1877.

Mit dem zweiten, dem Andenken Gustav Simon's gewidmeten Bande des Lehrbuches der speciellen Chirurgie von F. König liegt uns jetzt das ganze Werk vollendet vor. Wir können unser Urtheil über das Ganze nur dahin zusammenfassen, dass die Chirurgie mit einem Werke bereichert ist, welches nach allen Richtungen hin den Anforderungen an ein Lehrbuch entspricht. In streng systematischer Ordnung ist der unendlich reichhaltige Stoff geordnet, in objectiver, alle unnöthigen Abschweifungen vermeidender Weise alles Wissenswerthe zusammengestellt und das durch eine langjährige Erfahrung erworbene Urtheil des Verf. zeigt für zweifelhafte Fälle dem Leser den nach dem augenblicklichen Stand unseres Wissens sichersten Weg des Handelns. Die Lister'sche Wundbehandlung ist als eine der schönsten Errungenschaften der Chirurgie überall in Rechnung gebracht. — Der Arzt findet in dem König'schen Lehrbuche einen sicheren Berather, der Studirende eine reine und reichliche Quelle der Belehrung.

Es würde den Raum und den Zweck dieses Blattes überschreiten, bei einem so umfangreichen Werke auf die Einzelheiten einzugehen, wir müssen uns begnügen, unsere Leser hier mit der Anordnung des Stoffes bekannt zu machen.

Der zweite Band beginnt mit den Krankheiten des Bauches und behandelt dieselben in der Weise, dass zuerst die Contusionen und Wunden besprochen werden. Es sind hierbei in sehr passender Weise die Verletzungen der Wandungen, sowie die des Netzes, Darms, Magens, Leber, Nieren, Blase u. s. w. zusammengefasst. Die sonst bei diesem Capitel unvermeidlichen Wiederholungen werden bei dieser Anordnung des Stoffes vermieden. Die dann folgenden entzündlichen Krankheiten des Bauches umfassen die diffuse Peritonitis, die Abscesse der Bauchwandungen, sowie die präperitonealen, die perinephritischen und retroperitonealen Abscesse, ferner die circumscripten, intraperitonealen Entzündungen (abgekapselte Peritonitis, Perimetritis, Leberabscess u. s. w.). An

diesen Theil ist die Operation des Ascites und der Luftansammlung im Bauche angeschlossen.

Bei den Geschwülsten des Bauches haben die der Eierstöcke, des Uterus und der Nieren eine ganz besondere Berücksichtigung gefunden. — Der folgende Abschnitt umfasst die chirurgischen Krankheiten des Magendarmcanals, die Fremdkörper in demselben, die Störungen seiner Durchgängigkeit, die Hernien, die Kothfisteln und den widernatürlichen After in besonderen Abtheilungen behandelnd. Den Schluss bilden die Krankheiten des Mastdarms und des Afters, die entsprechend ihrer chirurgischen Wichtigkeit eine eingehendere Besprechung erfahren.

Der nun folgende Theil, die Krankheiten der männlichen Harn- und Geschlechtsorgane, ist von dem Ref. bearbeitet worden. Nach einleitenden, anatomischen Bemerkungen sind zuerst die angeborenen Krankheiten des Harnapparats, sowie dessen Untersuchung zusammen abgehandelt; dann werden die Erkrankungen der einzelnen Theile (Harnröhre, Blase, Nieren und Harnleiter) in der auch bei den Krankheiten anderer Organe innegehaltenen Ordnung: Verletzungen, Fremdkörper, Entzündungen, Neubildungen, Neurosen besprochen, soweit sie nicht in früheren Capiteln (z. B. Verletzungen und Neubildungen der Niere u. s. w.) Berücksichtigung gefunden haben. Bei den Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane sind die des männlichen Gliedes, der Hoden und ihrer Umhüllungen, der Samenblasen und ihrer Ausführungsgänge, sowie der Prostata in besonderen Abschnitten nach der angegebenen Eintheilung behandelt. Am Schlusse finden sich die functionellen Störungen am männlichen Gliede (Priapismus, fehlende Erection), die krankhaften Zustände der Samenentleerung (Pollutionen u. s. w.) und die Neurosen der Geschlechtsorgane.

Es folgen dann, wieder von König bearbeitet, die Krankheiten der Wirbelsäule und der Extremitäten.

Bei den Krankheiten der Wirbelsäule finden nach Abhandlung der angeborenen Krankheiten und der Verletzungen, an welche sich die Commotionen, Contusionen und Wunden des Rückenmarks anschliessen, die Verkrümmungen der Wirbelsäule, entsprechend ihrer Wichtigkeit, eine ganz besonders eingehende Darstellung. Die Arthritis deformans, die Neubildungen der Wirbelsäule mit besonderer Berücksichtigung der congenitalen Sacralgeschwülste und die Coccygodynie schliessen dieses Capitel.

Die Krankheiten der oberen Extremitäten sind in sehr übersichtlicher und in besonders dem Anfänger das Verständniss erleichternder Weise so eingetheilt, dass zuerst die Schlüsselbein- und Schultergegend und dann der Oberarm abgehandelt werden. — Die folgende Eintheilung ist dann: Ellenbogengelenk,

Unterarm und Handgelenk, Hand und Finger. — Bei den Krankheiten der unteren Extremitäten beginnt K. mit dem Becken, in welchem Abschnitte auch die Unterbindung der Aorta ihre Besprechung findet; Hüftgelenk, Oberschenkel, Kniegelenk, Unterschenkel folgen. Den Schluss bilden die Krankheiten des Fusses, wobei die wichtigen Contracturen am Talocruralgelenk und am Tarsus, die Tenotomie der Achillessehne, die Exarticulationen am Fusse ganz besonders klar und verständlich besprochen sind, und die Krankheiten des Metatarsus und der Zehen.

Das sehr genaue Inhaltsverzeichniss und ein von Riede angefertigtes Register erhöhen die Brauchbarkeit des Lehrbuches.

Auf die Ausstattung des ganzen Werkes ist von der Verlagsbuchhandlung die grösste Sorgfalt verwendet, Druck und Papier sind ausgezeichnet, ebenso die zahlreichen Abbildungen, welche das Verständniss erleichternd an den entsprechenden Stellen im Texte ihren Platz gefunden haben. **Maas** (Freiburg i/Br.).

Graefe und **Saemisch.** Handbuch der gesammten Augenheilkunde.

Leipzig, **Wilhelm Engelmann,** 1876.

1) **Hirsch.** Geschichte der Ophthalmologie. VII. Bd. 2. Hälfte.

H. bezeichnet es in seinem Schlussworte als die Aufgabe der historischen Forschung im Gebiete einer Wissenschaft, »die mit tausend Fäden in der Vergangenheit wurzelnde Gegenwart aus jener zu entwickeln und das Wie? und Warum? dieses Entwicklungsganges klar zu legen«. Er hat diese Aufgabe durchgeführt von den Uranfängen der Augenheilkunde in der griechischen Medicin bis zur neuesten Phase ihrer wissenschaftlichen Gestaltung, wo »eine neue Aera in der Entwicklung der Augenheilkunde, von Heinr. Müller, Helmholtz, Donders und v. Graefe inaugurirt, begonnen hat, welche in vollem Flusse begriffen, sich einer historischen Betrachtung vorläufig entzieht«. Es ist kein Zweifel, dass historische Darstellungen, wie die vorliegende, am meisten dazu beitragen werden, unsere der historischen Betrachtung stark entfremdete Generation ihr wieder zuzuführen und damit einem jüngst auch von andrer berufenster Seite ausgesprochenen, gewiss einwurfsfreien Wunsche zu genügen. Wer mit fertigem Wissen ausgerüstet, das vorliegende Werk durchliest, der wird aus eigenster, vielleicht neugewonnener Ueberzeugung dem gerne beipflichten, dass auch in unsrer Wissenschaft eine Verfolgung ihres Entwicklungsganges für das volle Verständniss des Gegenwärtigen den grössten Gewinn bringt.

2) **Leber.** Die Krankheiten der Netzhaut und des Sehnerven. V. Bd. 2. Hälfte.

Je mehr es gelungen ist, das Gebiet der unter diese Rubrik zu bringenden Krankheiten schärfer abzugrenzen und dabei fast jedes Mal zu verkleinern, um so vollständiger erscheinen die übrig gebliebenen Krankheitsbilder pathologisch und physiologisch begründet, das immer seltener werdende, rein klinische Krankheitsbild lässt sich, wo pathologische Befunde ganz fehlen, doch meistens aus physiologischen Erfahrungen dem Verständniss näher führen und so erhält man aus des Verfassers umfangreicher, vorzüglicher Darstellung den wohlthuenden Eindruck, dass auch in diesem Theile der Ophthalmologie der Strom des Dogma zu einer recht bescheidenen Grösse eingeengt ist. **Fränkel** (Chemnitz).

Mathieu et **Maljean**. Etude clinique et experimentale sur les altérations du sang dans la fièvre traumatique et les fièvres en général. Rapport par Terrier.

(Bull. de la Soc. de Chirurgie 1876. No. 8.)

Die 50 Seiten starke Abhandlung mit obigem Titel ist ihrem ganzen Umfange nach in die »Bulletins« aufgenommen, und verweisen wir bezüglich des Details der Arbeit auf das Original. Wir referiren im Folgenden über die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit.

Die beiden obengenannten Autoren beginnen ihre Arbeit auf Grundlage der von Prof. Hirtz gegebenen Definition des Fiebers, in welcher eine zwar nicht erwiesene, doch angeblich constante Alteration des Blutes im Fieber angenommen wird. Die Arbeit beschäftigt sich nun mit der Erledigung der Frage, welcher Art diese Alteration des Blutes sei. Aus klinischen und anderen Erfahrungen, die wir unten in gedrängter Kürze wiedergeben wollen, kommen die Autoren zu dem Schlusse, dass die rothen Blutkörperchen im Fieber verändert sind, und zwar ist diese Alteration gegeben durch eine verminderte Fähigkeit, den Sauerstoff zu fixiren.

Im 1. Theile der Arbeit sind die klinischen Beobachtungen zusammengestellt. Die Autoren studirten die Absorptionsfähigkeit des Blutes fiebernder Individuen für Sauerstoff, d. h. die respiratorische Capacität des Blutes Fiebernder.

Die Analysen machten die Autoren nach Cl. Bernard's Vorgange, indem sie das Oxygen mittelst Kohlenoxyd entfernten; das Nähere siehe im Original. Es ward erst eine Reihe von Untersuchungen des Blutes an ganz gesunden Individuen von verschiedenem Alter gemacht. Bei gesunden Menschen zwischen 22—27 Jahren ist die Absorptionscapacität des Blutes für Sauerstoff im Mittel $23^{cc}\%$; sie kann selbst 27^{cc} erreichen, und bei Anämischen auf $21^{cc}\%$ herabgehen.

Das Resumé dieser Untersuchungen ist: das gesunde Blut enthält, nachdem es der Luft ausgesetzt worden, eine Proportion Sauerstoff, welche mehr als den 5., und zuweilen den 4. Theil seines Volums ausmacht. Beim Erwachsenen enthält es im normalen Zustande wenigstens 21^{cc} %.

Bei der Untersuchung des Blutes Fiebernder hatten die Autoren meist Erwachsene benutzt, die zuvor eine gute Gesundheit hatten, und jetzt an einer Verletzung oder acuten inneren Erkrankung laborirten. Das Blut wurde, soweit möglich, vom Beginne des Status febrilis an, analysirt, und die Temperatur in der Achselhöhle genau abgenommen. Es wurden dann tabellarisch ersichtlich gemacht: Race, Alter der Patienten, die fiebererzeugende Krankheit, Zeit der Blutanalyse, das Sauerstoffvolumen, das in je 100^{cc} Blut erhalten ward, endlich der Ausgang der Krankheit.

Wie die 2. Tabelle zeigt, ist das Blut in der That bei allen Fiebernden total verändert, in dem Sinne, dass die respiratorische Capacität desselben eine bedeutende Verminderung erfahren hat. Ist das Fieber leicht, so geht diese Verminderung von 21^{cc} des normalen Status auf 18^{cc}; sind die Fieberanfälle schwer, so geht selbe bis auf die Hälfte, ja selbst auf das Drittel der normalen Capacität. — Diese Veränderung des Blutes erscheint gleich im Beginne des fieberhaften Zustandes, und scheint nicht beeinflusst zu werden, weder von eingeschränkter Diät, — wenn diese nicht zu lange ausgedehnt wird, — noch von etwaigen Blutentleerungen, wenn diese mässig sind.

Die Verminderung der respiratorischen Capacität des Blutes ist, nach den Verff., entweder von einer Alteration der Blutkörperchen, oder von einer Verminderung ihrer Zahl herzuleiten. Die Verff. neigen zur ersten dieser beiden Möglichkeiten; sie berufen sich auf die Untersuchungen Becquerel's, Rodier's u. A., wonach im Puerperalfieber und anderen fieberhaften Erkrankungen die Blutkörperchen sogar vermehrt waren.

Kurz, die Verff. nehmen an, dass dem Eintreten des Fiebers eine Veränderung des Blutes vorangehe.

Der 2. Theil der Abhandlung beschäftigt sich mit der experimentellen pathologischen Physiologie.

Um die Beziehungen zwischen Fieber und Veränderung des Blutes festzustellen, haben M. und M. bei Thieren künstlich Fieber hervorgerufen, und den Gang der Temperatur sowie die Veränderungen in der respiratorischen Capacität des Blutes notirt. — Die Blutuntersuchung wurde an dem direct aus der Arterie oder Vene entnommenen und defibrinirtem Blute gemacht. Da hierdurch aber nothwendigerweise eine Verletzung bedingt wurde, so mussten die Verff. sich zuvor mit dem Einflusse beschäftigen, der durch die Operation auf die Temperatur ausgeübt wurde, und den Modificationen, die die Sauerstoffabsorption etwa eingehen konnte in Folge der wiederholten Aderlässe.

Die Resultate dieser Untersuchungen waren:

Temperatur: 1. Die Gefässverletzung, Ligatur etc. hat kein Fieber zur Folge; nur zuweilen erhebt sich die T. um einige Zehntel Grade, doch nie auf 40° (die eigentliche Fiebertemperatur der Hunde).

2. In Folge starker Blutentziehungen sinkt die Temperatur, um sich nach einigen Stunden wieder zu heben, doch wird selten dabei der vor der Blutentziehung dagewesene Temperaturgrad überschritten.

Respiratorische Capacität des Blutes: 1. Das Absorptionsvermögen des Blutes erleidet nur sehr geringe Variationen in Folge von kleinen Blutentziehungen, selbst mehrmals wiederholt an einander folgenden Tagen.

2. Nach starken täglichen Blutentziehungen verliert das Blut etwa $^{3}/_{10}$ seiner respiratorischen Capacität; wird diese Zahl überschritten, so geht das Thier zu Grunde.

Nach diesen vorangehenden Untersuchungsresultaten konnten die Autoren ihre weiteren Versuche anstellen, und sie beschäftigten sich vorerst mit dem Einfluss von fiebererregenden (pyrogenen) Agentien auf die respiratorische Capacität des Blutes. Als solche pyrogene Stoffe benutzten sie: frischen oder veränderten Eiter des Menschen und Hundes, purulentes Serum, faules Blut. Diese Stoffe wurden unter die Haut in das Zellgewebe injicirt. Auch mit sechsfach kohlensaurem Ammoniak haben die Verff. experimentirt, wobei sie zu wesentlich andern Resultaten, als Gosselin und Robin gelangten.

Bei den Thieren (Hunden, Kaninchen), die unter den Einfluss verschiedener fiebererregender Agentien gestellt sind, geht die Temperaturerhebung stets mit gleichzeitiger Alteration des Blutes einher. Vom 2. Tage des Fiebers an haben die Blutkörperchen $^{2}/_{10}$ — $^{3}/_{10}$ ihrer respiratorischen Capacität verloren.

Diese Resultate bestätigen sonach jene, zu welchen man bei fiebernden menschlichen Individuen gelangt war.

In einer 2. Reihe von Versuchen suchten die beiden Verff. die Hautfunctionen zu unterdrücken, indem sie die Thiere mit einer impermeablen Hülle umgaben. Es ergab sich, dass auch hieraus Alterationen des Blutes erfolgen, welche wahrscheinlich von den nicht ausgeschiedenen Stoffen herrühren.

Diese letzteren Untersuchungen geben rücksichtlich der Hauptfrage, wie der Ref. Terrier richtig bemerkt, keine weitere Aufklärung, und sind eigentlich überflüssig. — Endlich kommen die Verff. zu dem Schlusse, dass die pyrogenen Stoffe in der That das Blut verändern, und zwar noch bevor die Temperaturerhöhung eintritt, welche das Fieber ankündigt; dieser letztere Zusatz wird von den Verff. auf Grundlage eines einzigen (!) Versuches gemacht. —

Es handelte sich nun darum, festzustellen, ob diese Veränderung des Blutes, welche dem Fieber vorangeht, zugleich auch die Ursache des letzteren selbst sei? Zu diesem Zwecke haben die Autoren sich der intravasculären Injectionen von Wasser bedient, einer Flüssigkeit, welche, ohne die nervösen Centren merklich zu beeinflussen, die Blutkörperchen zerstört. Gestützt auf:

1. die Beobachtungen der Temperatur nach diesen Injectionen,
2. auf klinische Beobachtungen bei Cholera-Kranken,
3. auf die Fieberanfälle nach der Bluttransfusion,
4. auf ihre eigenen (6) Beobachtungen,

meinen Mathieu und Maljean, dass die Veränderung der Blutkörperchen die Ursache des Fiebers sei, welches durch die Wasserinjectionen hervorgerufen werde. Die pyrogenen Flüssigkeiten, schliessen sie, verändern die Blutkörperchen, und in reciproker Weise seien jene Substanzen, welche die Blutkörperchen verändern, pyrogen.

Es handelte sich nun weiter darum, ein Mittel zu finden, die rothen Blutkörperchen zu verändern, ohne dem Blute selbst irgend einen Fremdkörper beizumengen, selbst nicht reines Wasser. Zu diesem Behufe benutzten die Autoren die Gefrierung. Die Resultate waren folgende:

1. Das aufgethaute Blut zeigte eine beträchtliche Veränderung der Blutkörperchen; seine respiratorische Capacität ist um die Hälfte vermindert.

2. Es ruft pyrogene Effecte hervor, proportionell der Dosis, in welcher es transfundirt worden ist.

Die Fieberanfälle sind sehr heftig, treten rapid auf und dauern nur kurze Zeit an.

Die Verff. schliessen nun: »Da das aufgethaute Blut keine fremde Substanz enthält, da nur die Blutkörperchen verändert sind, so sei man berechtigt, die Veränderung der Blutkörperchen als die wahre Ursache des experimentell erzeugten Fiebers zu betrachten.«

Diese Thatsache generalisirend, könne man alle von Billroth als »pyrogen« bezeichneten Stoffe als solche betrachten, welche zuerst auf die Blutkörperchen einwirken, hernach auf das Nervensystem, den Regulator der Wärme. Die Autoren sind geneigt, in dieser Weise die Gleichförmigkeit der Phänomene, welche das Fieber charakterisiren, zu erklären, wie immer verschieden die Ursachen desselben auch sein mögen.

Das Fieber stellt sich also stets ein, wenn die rothen Blutkörperchen verändert und unfähig sind, das normale Maass von Sauerstoff zu fixiren; die Verbrennung ist aber im Organismus während des Fiebers vermehrt, eine Thatsache, welche die Verff. im Zusammentreffen mit der ersteren als paradox bezeichnen.

M. und M. hielten es daher für nöthig, die Quantität des vom Organismus während des Fiebers comsumirten Sauerstoffes auszuforschen. Die Untersuchungen wurden an Kaninchen, Hunden, zum Theil am Menschen ausgeführt. Ueber die Untersuchungsmethoden siehe das Nähere im Original.

Die Resultate waren hierbei folgende:

In allen Fällen, beim Menschen wie bei den Thieren, wird durch das Fieber die Menge des vom Organismus consumirten Sauerstoffes vermehrt; diese Vermehrung variirt zwischen 0,1 bis 0,5 des

Totalgewichtes des Sauerstoffes, der im normalen Zustande verbrannt wird.

Während des Stadiums der Zunahme des Fiebers erreicht der O-Verbrauch sein Maximum, während der Abnahme desselben, zur Zeit, wenn die Temperatur aber noch erhöht erscheint, wird das Gewicht des absorbirten Sauerstoffes wieder normal, während die Ausscheidung der Kohlensäure zunimmt. Die Temperaturerhöhung, welche das Fieber charakterisirt, fällt demnach zusammen mit einer Steigerung der Oxydationsprocesse; die rothen Blutkörperchen geben also dem Organismus eine grössere Quantität von O ab. Dies resultirt auch aus der abnormen Thätigkeit der Respiration und Circulation. Bei jedem Umlauf des Blutes wird zwar, sagen die Verf., weniger O zugeführt, aber die Circulation ist vervielfacht, denn die Oxydationsprocesse werden übertrieben und führen zu einer abnormen Temperaturentwicklung; die erhöhte Temperatur im Fieber wird demnach von den Verff. zum grossen Theile auf die gesteigerte Athmungsthätigkeit zurückgeführt, was wohl ein fraglicher Punkt ist. Sie stützen sich diesbezüglich nur auf 3 Experimente an Kaninchen und auf Thatsachen der Pathologie.

Fr. Steiner (Wien).

Nepveu. De l'inflammation des lymphangiectasies ganglionnaires (Rapport par Anger).

(Bulletin de la Société de Chirurgie 1876. No. 8.)

Der bemerkenswertheste Fall dieser Krankheitsform in N.'s Arbeit ist nachfolgender.

Ein 20jähriger Mann, von der Insel Maurice, kam nach Paris, um sich wegen einer Geschwulst behandeln zu lassen, die er in der rechten Leistenbeuge trug. Jene bestand in einer Ectasie der Lymphcanäle der Leistendrüsen (Adenolymphocele, wie sie N. nennt).

An der seit 5 Jahren bestehenden Geschwulst war es, meist in Folge vorangegangener geschlechtlicher Excesse, 4 Male zu heftigerer entzündlicher Infiltration gekommen, wonach dann das Drüsenpaquet stets härter, voluminöser und empfindlicher zurückblieb.

Die Eigenthümlichkeit dieses Leidens, sich auch auf die Drüsen des übrigen Körpers zu verbreiten, trat auch bei diesem Pat. zu Tage. Letzterer entzog sich dann der ärztlichen Behandlung und acquirirte eine starke Gonorrhoe, mit der er sich N. vorstellte.

N. fand die rechte Inguinalgegend stark geschwollen, im Trigon. Scarpae weiche, zum Theil fluctuirende schmerzhafte Höcker, und hier und da in den weichen Massen harte Kerne — Lymphthromben, wie N. meint. Vom Tumor aus zog ein harter, cylindrischer, gänsekieldicker, empfindlicher Strang an die innere Seite des Schenkels hin, um sich in einer diffusen Anschwellung in der Kniekehle zu verlieren. — Einen heftigen Schmerz im rechten Hypochondrium, worüber Pat. klagt, deutete N. auf eine Verbreitung der Entzündung

auf die Lumbaldrüsen. In ähnlicher Weise sind die rechten Achseldrüsen geschwollen und sehr schmerzhaft; von hier ausgehende Lymphstränge bilden am Arme rothe, harte, empfindliche Streifen.

Das Allgemeinbefinden des Pat. war schwer leidend: Temperatur 39,50; Puls 120; Respir. 44. Die Conjunctiva des Auges war gelblich, icterisch, wie man es bei der purulenten Infection so häufig sieht.

Die schweren Symptome bestanden 10 Tage, wonach Besserung eintrat, und bald auch Reconvalescenz. Es blieben nur eine teigige Schwellung in der Leistengegend, und ein wie ein Bindfadenknäuel anzufühlender Tumor (nach N. lymphatische, obliterirte und indurirte Varicen) zurück. N. betont schliesslich noch die Aehnlichkeit der schweren Allgemeinsymptome der Krankheit mit der purulenten Infection.

Verf. führt noch mehre hierher gehörende Fälle an, von denen wir nur Einiges herausheben wollen.

Ein 10jähriges Mädchen auf der Insel Maurice hatte in der Leistengegend eine eigrosse Geschwulst von varicösen Lymphsträngen, die sich wie zusammengerollte Spulwürmer anfühlten. Man hielt die Geschwulst für eine Hernie und liess deshalb die Pat. ein Bruchband tragen. Bald darauf bekam dieselbe einen heftigen Frost; die Leistendrüsen schwollen stark an, wurden sehr schmerzhaft, und auch die Lumbaldrüsen derselben Seite betheiligten sich an der Entzündung, so dass der Druck auf das Hypochondrium sehr schmerzhaft wurde.

Dabei heftiges Fieber, Erbrechen, Delirien. Calomel, Chinin, Tartras Ammon. c. Sod., energisch angewendet, brachten in 5—6 Tagen Besserung. Das Kind genas, doch war es im Krankheitsverlaufe zu eitrigen Metastasen gekommen — die eine in der Hohlhandfläche, die andere am Rücken der rechten Hand.

Schliesslich bemerkt N., dass bei dieser Erkrankung der Ausgang in Genesung nicht die Regel sei; man habe bei relativ leichteren Fällen selbst rasch eintretenden Exit. letal. beobachtet. N. führt dann einen Fall von Adenolymphocele an, der als Beispiel dienen soll, dass dieses Leiden andererseits auch ganz zur Ausheilung kommen könne. Der Fall bietet Nichts besonders Bemerkenswerthes.

Anger giebt schliesslich noch ein Resumé der Schlussfolgerungen, welche für den Verlauf und die Behandlung dieser Erkrankung, aus den Beobachtungen N.'s und Anderer zu ziehen seien:

Die Lymphangiectasien der Leistendrüsen geben zuweilen Anlass zu Paroxysmen der Erkrankung, welche insbesondere nach grossen Anstrengungen, ermüdenden Märschen etc. aufzutreten pflegen.

Die localen Erscheinungen sind sämmtlich entzündlicher Natur. Die Allgemein-Symptome sind mehr oder weniger schwer: Frösteln mit oder ohne Erbrechen, mit oder ohne Delirien, welche letztere — in schweren Fällen — in tief comatösen Zustand übergehen können.

Während dieser Anfälle treten zuweilen an anderen Körperstellen Lymphangitis, Adenitis, eitrige Metastasen, u. A. auf.

Die Dauer der Krankheit erstreckt sich von 2—14 Tage; es tritt meist Genesung ein, doch kann auch rasch Exit. letal. in tief comatösem Zustande erfolgen.

Tritt Heilung ein, so bestehen als Folgen der Affection: hartes Oedem, Schwellung und Vergrösserung der bald weichen, bald harten Leistendrüsen.

Die Behandlung besteht in kalten Bädern, Blutegeln, Cataplasmen, Belladonnasalbe etc. — Die allgemeinen Symptome empfiehlt N. mit Calomel in dos. refract., Chinin und Tartras Ammon. cum Sod., zu behandeln.

Fr. Steiner (Wien).

H. van Buren. A new method of treating fracture of the clavicle.

(The Chicago med. Journal and Examiner 1877. Vol. XXXV. No. 3. Sept.)

Verf. hält es für wichtig, bei der Schlüsselbeinfractur die kranke Schulter von jedem Druck oder abwärts wirkenden Zuge frei zu halten und verwirft demgemäss die Verbandverfahren von Petit, Desault, Dupuytren, Cloquet, Salomon und Jäger vollständig. Aber auch das Sayre'sche Verfahren, dessen mechanischem Princip er vollständig beipflichtet, erscheint ihm bezüglich des zur Verwendung gelangenden Heftpflastermaterials mit grossen Mängeln behaftet und zuweilen, namentlich zur heissen Jahreszeit und bei schwitzenden Personen, unausführbar. Er bedient sich folgender Methode. Statt des Heftpflasters verwendet er 2 dicke Baumwollenstreifen von 8 bis 10 Ctm. Breite. Das Ende der ersten wird zu einer Oese umgelegt und zusammengenäht; und in diese der Arm der kranken Seite bis zur Achsel hindurchgesteckt. Von hier aus nimmt nun der Bindenstreifen seinen Lauf, erst quer über den Rücken, dann durch die gesunde Achselhöhle von hinten nach vorn, geht nun mehr auf die Vorderfläche der gesunden Schulter, dann über sie weg nach hinten und kehrt wiederum über den Rücken laufend zum Ausgangspunkt von der Oese zurück, um dort festgenäht zu werden. Es ist klar, dass hierdurch auf die kranke Schulter sowohl ein Zug nach hinten, als auch nach oben bewirkt wird. Nunmehr wird die Hand der kranken Seite bis zum vorderen Rande der gesunden Achselhöhle geführt und ebendaselbst ein Ende des zweiten Bindenstreifens an die dort verlaufende Partie der ersten genäht. Dieser letztere zweite Streifen läuft nun unter der Hand und dem Vorderarm entlang, also zwischen Arm und Brustwand, und schlägt sich um die Dorsalfläche des Ellenbogengelenks herum nach vorn; von hier aus verläuft er auf der Dorsalfläche des Vorderarms und der Hand ebenfalls zu seinem Ausgangspunkt zurück, um hier befestigt zu werden. Die unteren Ränder dieser parallel verlaufenden Streifenhälften werden nun stellenweise zusammengenäht und somit für den Arm eine stützende Mulde hergestellt.

Langenbuch (Berlin).

Kleinere Mittheilungen.

Bartscher. Chirurgische Mittheilungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 19. 22.)

I. Lyssa humana bei einem 30jährigen Eisenarbeiter. Pat. war in der Nacht vom 20/21. Jan. von einem kleinen 1jährigen Hunde in die linke Ohrmuschel gebissen worden. Der betreffende Hund wurde am folgenden Tage als der Tollwuth verdächtig erschlagen und die thierärztliche Untersuchung hat nach der Obduction das Gutachten auf Hundswuth gestellt (auf Grund welcher charakteristischer Befunde? Ref.). Der grössere Theil der betreffenden Bisswunde heilte nach Anlegung einer Naht per primam, ein kleinerer durch Eiterung. Allgemeinbefinden normal. In der 4. Woche psychische Veränderung des Pat. (verstimmt, gleichgültig etc.) und Klagen über Brust- und Rückenschmerzen. Am 1. März Constatirung einer auf der hinteren Fläche der gebissenen Ohrmuschel gebildeten schmerzhaften, blutgefüllten Blase. Am 4. März Appetitlosigkeit, zuweilen Erbrechen bis zum 6. März. Bis zu diesem Tage hatte Pat. seinem Beruf obgelegen. Vom 6. März an zunehmende Unruhe, Schlingbeschwerden. Vom 7. März ab Beginn des Stad. irritat. der Lyssa, typisches Krankheitsbild, wie es gewöhnlich beschrieben wird. Auf der Narbe des rechten Ohres eine kleine Borke, unter letzterer eine blutende Wundfläche. Am 8. März Anfälle clonischer Krämpfe am ganzen Körper. Am 9. März Bewusstlosigkeit, bei leisester Berührung Opistotonus, Tod in einem solchen Anfall.

Leichenbefund nach B. wie in den exquisitesten Fällen (d. h. doch wohl ohne charakteristische Veränderungen! Ref.): Frühzeitige Fäulniss, bedeutende Todtenstarre, Hyperämie der Hirnhäute, des Pons, des N. vagus von seinem Ursprung bis zur Bifurcation, weniger hyperämisch der Halstheil des Sympathicus, das Gangl. supr., Ganglion Gasseri, der Accessorius und Hypoglossus (sind wohl keine für Lyssa pathognomonischen Veränderungen, sondern können auch Folge der Krampfanfälle sein! Ref.). Schmutzig blutiger Schleim im Rachen, Kehlkopf, Magen (Ecchymosen), sonst nichts Besonderes.

Bezüglich der differentiellen Diagnose dieses Falles gegenüber Tetanus betont B. das Fehlen des Trismus und des den Tetanus ankündigenden Nackenschmerzes nebst der darauf eintretenden Steifheit der Nackenmuskeln, die prägnante Hydrophobie, und die während des Stad. paralyt. auftretenden Krämpfe mit völlig krampffreien Intervallen.—

II. Aneurysma popliteum bei einem 26jähr. kräftigen Bauer, angeblich im französischen Feldzuge entstanden. 4 Jahre später wurde Pat. wegen einer am Tage resp. in der Nacht zuvor plötzlich aufgetretenen schmerzhaften Anschwellung nebst Gefühl von Kälte und Schwere des ganzen betreffenden Unterschenkels in das Hospital aufgenommen. B. constatirte mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Arterien-Thrombose; nirgends Pulsation unterhalb des Aneurysma, Gangrän des Fusses und der Wade etc. Amputation des Oberschenkels oberhalb des Kniegelenks, mit einiger Modification nach Lister behandelt, in der 8. Woche geheilt entlassen. — Untersuchung des amputirten Oberschenkels bestätigte die Diagnose (Thrombose der Tibial. ant. und post. von der Theilungsstelle der Poplitea an bis zum inneren Rande der Achillessehne resp. bis zu der Stelle, wo die Sehne des M. tibial. ant. beginnt). —

Ausserdem giebt B. eine kurze Uebersicht über seine Fälle aus dem letzten Halbjahre: 1 primäre Amputation des Unterschenkels wegen ausgedehnter Maschinenverletzung des Unterschenkels. Geheilt entlassen nach 6 Wochen. —

1 secundäre Amputation des Oberschenkels wegen Gangrän nach Maschinenverletzung des Unterschenkels. Heilung nach 8 Wochen.

1 Amputation des Unterschenkels bei einer 25jährigen Frau: vor 3 Jahren wegen scrophulöser Caries necrot. der Fusswurzelknochen nach »Syme-Pirogoff« von B. operirt; seit 1 Jahre Osteomyelitis des Stumpfes. Amputatio cruris. Heilung in 6 Wochen.

1 Gangrän des rechten Fusses und unteren Drittels des Unterschenkels nach

complicirter Fractur. Amputation nach der Demarcation oberhalb der Malleolen. Heilung in 7 Wochen.

1 Resection der unteren Epiphysen des Radius und der Ulna, Auslöffelung der ersten Reihe der Ossa carp. wegen Arthrocace. Heilung in 15 Wochen.

1 Total-Resection des Ellbogengelenks (Maschinen-Verletzung). Heilung in 16 Wochen, gutes functionelles Resultat, kein Schlottergelenk, Beugung bis zum spitzen Winkel, Extension mit stumpfem Winkel.

1 Total-Resection des Kniegelenks (traumatische Gonarthrocace), knöcherne Ankylose; in 24 Wochen geheilt. 1 Resection des rechten Calcaneus wegen Caries necrot. Heilung in 11 Wochen.

2 Sequestrotomien wegen centraler Nekrose der Tibia. Heilung in 6 resp. 9 Wochen.

1 Total-Nekrose des linken Ramus mandibulae nach Periostitis. Resection des Ramus nebst Proc. coron. und condyl. Heilung in 5 Wochen.

1 Exarticulation des Fusses nach Syme (Maschinenverletzung. Heilung in 10 Wochen (theilweise Gangrän des Lappens durch zu grosse Compression). —

1 Exarticulatio manus dextr. (Maschinenverletzung). Heilung in 5 Wochen.

2 Lipome exstirpirt; Heilung in 10 resp. 14 Tagen.

1 Fibroid des antrum Highmori, subperiostale Resection des Oberkiefers (nach Langenbeck), Exstirpation. Drain. Naht. Heilung in 16 Tagen.

1 Totalresection des rechten Oberkiefers (Medullarcarcinom). Exstirpation. Auslöffelung. Nach 3 Wochen geheilt. Recidiv nach 3 Monaten.

1 Gelenkmaus. Entfernung mit Verschiebung der Haut, am 28. Tage geheilt.

2 Amputationen der Mamma in 4 Wochen resp. 17 Tage geheilt. Carbolverband (siehe unten). Drainage. Naht. — In beiden Fällen Recidive.

2 Finger-Exarticulationen (Kreissägenverletzung). Heilung in 3 resp. 5 Wochen.

Es starb in dem letzten Halbjahre:

30 jähr. M. Totalresection des rechten Kniegelenks (Gonarthrocace). Profuse Eiterung, nachträgliche Amputation des Oberschenkels verweigert. Tod 19 Wochen nach der Resection durch Entkräftung.

In Behandlung noch 1 Resection des Femurkopfes (unter dem Trochanter), wegen profuser Hüftgelenkseiterung, seit 4 Jahren bestehend. Auslöffelung des Acetabulums (1 loser Sequester). Noch jetzt ($^1/_2$ Jahr nach der Operation) nicht unbedeutende fistulöse Eiterung.

Die Wundbehandlung war früher eine offene, jetzt besteht der Verband aus Gaze oder Leinencompressen und guter Charpie, reichlich mit 3% Carbollösung durchtränkt, befestigt mittelst einer in Carbollösung getauchten Nesselbinde. Die Verbände werden alle 4 Stunden mit 2% Carbollösung mässig angefeuchtet. Der Verband wird unter dem Carbolstrahl eines Irrigators angelegt und erneuert. Bei Amputationen keine Naht. **H. Tillmanns** (Leipzig).

G. Gaskoin. A case of sclerema adultorum.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. I. p. 43. Med. chirurg. Soc.)

Angeblich nach Schreck im 6. Monate der Schwangerschaft erschienen allmälig am ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes und Gesichts, grosse dunkel gefärbte Flecke ähnlich der »Morphoea«. Die Flecken waren fest, schmerzhaft, hinsichtlich des Tastgefühls anästhetisch; die Umgebung sehr schmerzhaft, leicht ödematös. Am zahlreichsten fanden sich die Flecke an den oberen Extremitäten. Pat. war anämisch. Im Laufe des letzten Jahres verschwanden die Flecken allmälig, dafür aber trat eine fast negerartige Färbung der Haut ein, am stärksten am Unterkörper und den Extremitäten. Weiterhin bildete sich eine derartige Verdickung der Haut aus, dass die Beine als »Holzklötze« erschienen. Die Verdickung schien nicht blos die Haut, sondern auch Muskeln und Sehnen zu erfassen; die Gelenke waren in Beugungsstellungen festgestellt und schmerzhaft. Es waren knotenförmige Verdickungen in den oberflächlichen und in den tieferen Gewebsschichten vorhanden; eine Symmetrie der Entwickelung war nicht zu verkennen; die Haut war gespannt und glänzend. Feuchtigkeit und Kälte schienen die Entwickelung zu befördern.

Die Menses waren unregelmässig und spärlich (bei der jetzt 40jährigen Frau), der Urin enthielt reichlich harnsaure Salze.

In der Discussion verweist T. Fox auf den von H. Fagge nachgewiesenen Zusammenhang zwischen Morphoea nigra und Scleroma. **Pilz** (Settin).

Dorozynski. Ein Fall von Sklerodermie.

(Wiener med. Presse 1877. No. 33.)

Das Leiden begann bei der 50jährigen, kräftigen Patientin an der Haut der Mamma als dunkelrother Fleck unter brennenden Schmerzen. 6—8 Wochen später hatte das Centrum desselben eine weissliche, die Peripherie eine dunkelbräunliche Färbung angenommen, während die Röthe weitergeschritten war. Gegenwärtig sind Brust, Bauch und Schultern ergriffen, die Warzenhöfe frei und hervorgepresst, die erkrankte Cutis glatt, glänzend, fettig und derb anzufühlen, spontan und gegen Berührung empfindlich. Therapie vollkommen fruchtlos.

Winiwarter (Wien).

H. Chiari. Ueber tuberkulöse Geschwüre der Haut in einem Falle von chronischer Lungen- und Darmtuberkulose.

(Wiener med. Jahrbücher 1877. Hft. 3.)

Bei einem an chronischer ausgebreiteter Tuberkulose beider Lungen verstorbenen Individuum fand sich an der Unterlippe ein Substanzverlust, der bis auf den Sphincter oris sich fortsetzte. In der unmittelbaren Nähe und im Grunde des Geschwüres zeigen sich kleine, scharf begrenzte weissliche Punkte, welche sich mikroskopisch aus verschrumpften, in ein zartes Reticulum eingebetteten Rundzellen zusammengesetzt erweisen. Riesenzellen fehlen darin. Aehnliche Geschwüre finden sich auch in der Umgebung des Afters. Dass eine tuberculöse Ulceration der Haut vorliegt, folgert Ch. noch aus dem spontanen Weitergreifen der Geschwüre gleichzeitig mit dem Weiterschreiten der Tuberkulose in den innern Organen.

Hack (Freiburg i/Br.).

J. Will. Two cases of epithelioma of the tongue; excision; recovery.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 4.)

Verf. trug in 2 Fällen von beschränktem Epitheliom die erkrankte Zungenhälfte nach Annandales Methode ab, welche Sédillot's temporäre Durchsägung des Unterkiefers in der Syme'schen Weise mit Buchanans Spaltung der Zunge und Abtragung durch Ecraseur vereint. W. spaltete die Weichtheile des Unterkiefers in der Mittellinie bis 1" unter das Kinn, löste sie etwas vom Knochen ab, durchsägte den Unterkiefer in der Symphyse, und hielt die beiden Hälften durch Schlingen seitlich auseinander. Dann legte W. jederseits neben der Spitze eine Fadenschlinge durch die Zunge und zog die Zunge nach der gesunden Seite, dabei etwas nach oben gewandt, empor. Mit einigen Scalpellzügen wurde dieselbe vom Boden der Mundhöhle auf der kranken Seite abgelöst, und nach geschehener Blutstillung in der Mittellinie von hinten nach vorn gespalten. Um die Basis der erkrankten Seite brachte W. einen Drahtecraseur und schnürte ihn langsam zu. Blutung Null; Knochennath des Unterkiefers an 2 Stellen, Vereinigung der Weichtheile, Drainage vorn an der tiefsten Stelle der Wundhöhle. Ernährung durch Schlundsonde. Gargarysmen, Ausspritzung mit Chlorzink. Beide Kranken konnten innerhalb 4 Wochen geheilt entlassen werden. Sollte die feste Vereinigung des Kiefers auf sich warten lassen, dann dienen Guttaperchaschienen an den Zähnen, verbunden mit einer unter dem Kinn befestigten Schiene, zur Unterstützung. W. zieht den Ecraseur dem Thermokauter Pacquelin's, den Annandale erfolgreich benutzte, vor, da er die strahlende Wärme für die Schleimhaut und den Larynx fürchtet. Für die totale Exstirpation der Zunge würde W. nach Regnoli's Methode operiren.

Pilz (Stettin).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

Dr. L. v. Lesser, in Leipzig. **Dr. M. Schede,** in Berlin. **Dr. H. Tillmanns** in Leipzig.

Vierter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52. **Sonnabend, den 29. December.** **1877.**

Ein Beitrag zur Behandlung des Ganglion.

Von

Dr. **Alfred Bidder** in Mannheim.

Seitdem im Jahre 1874 C. Hueter die parenchymatösen Carbolsäureinjectionen für die chirurgische Praxis warm empfohlen hatte, habe ich dieselbe viele hunderte von Malen ausgeführt. Namentlich bei Gelenkneuralgien und bei in der Entstehung begriffenen Furunkeln haben sie mir sehr gute Dienste geleistet, und ist es mir besonders in einem Falle, zu welchem ich zeitig genug hinzugerufen wurde, gelungen einen Furunkel im Keime vollständig zu ersticken. Hierüber und über die erzielten Erfolge und Nichterfolge bei verschiedenen anderen Krankheitsgruppen hoffe ich bei anderer Gelegenheit Genaueres mittheilen zu können. An dieser Stelle möchte ich nur Einiges über die Anwendung der Injectionen zur Heilung von Ganglien sagen, bei welchen die Carbollösung, nach einer be-

stimmten Methode angewandt, recht sicher zu wirken scheint. Anfangs experimentirte ich an alten Ganglien mit schon zähflüssigem Inhalte *) und festem Balge, welche sich durch Händekraft nicht zerdrücken liessen und bei denen dann die anderen bisher üblichen Gewaltmittel indicirt gewesen wären. Und zwar machte ich den Versuch so, dass ich das Ganglion einfach mit der Pravaz'schen Nadel anstach und eine halbe oder eine ganze Spritze mit 2% Carbollösung injicirte. Der gewünschte Erfolg blieb aus, die Ganglien schwanden nicht. Da kam ich dann auf das folgende, etwas modificirte Verfahren: Zunächst wird mit 2—3% Carbollösung eine Pravaz'sche Spritze gefüllt, welche zuvor mit einer Nadel armirt worden ist, deren Spitze etwas verbreitert, lanzenförmig ist und scharfgeschliffene, schneidende Seitenränder hat.

Nach Erhebung einer kleinen Hautfalte wird die Nadel eingestochen und nahe an der Kapsel das Ganglion eine kleine Strecke weit hingeschoben. Jetzt stellt man das Ende der Nadel auf die schneidende Kante, drückt dieselbe auf die Kapsel und zieht unter mässigem Druck die Nadel etwas zurück; dabei schneidet die lanzenförmige Nadelspitze die Kapselwand durch und gelangt durch den so gebildeten Schlitz in das Innere des Ganglion. Während sie nunmehr ruhig mit der rechten, die ganze Spritze haltenden Hand fixirt wird, drückt man mit dem linken Daumen und Zeigefinger neben ihr auf das Ganglion, dessen Inhalt sich auf diese Weise durch den Schlitz leicht in das umgebende Gewebe entleeren lässt. Erst nachdem dies geschehen ist, drückt man mit der rechten Hand den Stempel der Spritze hinunter, und injicirt so in den entleerten Tumor die Carbollösung. Darauf wird die Nadel mit der Spritze herausgezogen. Die ganze Procedur ist bei einiger Geschicklichkeit schneller gemacht als beschrieben. Gleich nach der kleinen Operation legt man einen kleinen Wattebausch auf, fixirt ihn mit einer Binde und lässt die Extremität einige Tage hindurch schonen. Eine nennenswerthe Reaction konnte ich nicht bemerken. Die Heilung erfolgte meist schnell; ein Recidiv trat nur einmal ein, wo ich den Kapselschlitz etwas zu klein gemacht hatte; doch scheint der kleine recidive Tumor spontan allmälig immer mehr zu schrumpfen.

Dieses Verfahren wurde von mir in einem halben Dutzend von Fällen, wo die Ganglien an der Dorsalfläche des Handgelenks sassen und in einem Falle von Ganglion neben der Sehne des Musc. semitendinosus in der Kniekehle gerade gegenüber dem Condylus intern. von Tibia und Femur angewandt. Einige von diesen Ganglien waren frisch entstanden, die ich bereits mehrere Male leicht mit der Hand zerdrückt hatte, die aber immer wieder recidivirten und erst

*) Bei einem jungen Mädchen, das schon sehr lange ein kleines »Ueberbein« am Rücken des Handgelenkes gehabt hatte, überzeugte ich mich von dem Inhalte des Tumors dadurch, dass ich eine leere Pravaz'sche Spritze einstiess und durch Aufziehen des Stempels mir etwas von dem Inhalte in die Spritze zog; es war eine fast wasserhelle, zähe Flüssigkeit.

definitiv heilten, nachdem sie in der oben beschriebenen Weise behandelt worden waren.

Wenn diese Methode auch nicht in jedem Falle und nicht gleich zum ersten Male radicale Heilung bringen wird, so empfiehlt sie sich doch wegen ihrer Einfachheit, ihrer geringen Schmerzhaftigkeit und gänzlichen Ungefährlichkeit.

Vielleicht dürfte die Methode auch bei kleinen Sehnenscheidenhygromen, welche noch keine Reiskörper enthalten, mit Nutzen angewendet werden.

Mannheim, Nov. 1877.

F. Goltz und **Gergens.** Ueber die Functionen des Grosshirns.

(Pflueger's Arch. Bd. XIII. p. 1 u. Bd. XIV. p. 412.)

H. Munk. Zur Physiologie der Grosshirnrinde.

(Verh. der physiol. Gesellsch. zu Berlin No. 16, 17; auch Berl. klin. Wochenschr. No. 35.)

E. Hitzig. Ueber den heutigen Stand der Frage von der Localisation im Grosshirn.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 112.)

Fritsch und Hitzig hatten bekanntlich bei Reizung gewisser circumscripter Portionen des vorderen Theils (Scheitellappen) der Grosshirnrinde beim Hund Muskelbewegungen beobachtet, während die entsprechenden Lähmungserscheinungen auftraten, wenn dieselben Partien bis zu einer Tiefe von wenigen Millimetern exstirpirt wurden. Am meisten nach vorn fanden sie eine Stelle, deren Reizung Bewegungen der Nackenmuskeln zur Folge hatte; eine dahinter gelegene Stelle beherrscht die Dreher und Beuger, eine dritte die Extensoren und Adductoren des Vorderbeins; von einer vierten Stelle aus erhält man Bewegungen des Hinterbeines, von einer anderen Contractionen der vom N. facialis versorgten Muskeln u. s. f. Da somit gewisse begrenzte Partien der Hirnrinde gegen Eingriffe reizender oder lähmender Art anders reagiren, als alle anderen Rindenbezirke, so war daraus auf eine Localisation in der Hinrinde geschlossen worden. Hiergegen erhoben sich Schiff, L. Hermann u. A., und in neuester Zeit insbesondere Goltz. — Wir können hier die angestellten Gegenversuche und die Einwände jener Autoren nicht näher durchgehen und prüfen. In dem oben citirten Vortrag von Hitzig findet sich eine übersichtliche Darlegung und zum Theil Widerlegung der gegen die Localisation erhobenen Einwände. Wir verweisen deshalb auf diesen und gehen hier nur auf die neuesten Arbeiten von Goltz (und Gergens) näher ein. Die Methode, deren sich Goltz bei seinen Versuchen bedient, ist eine neue und der von Hitzig und Fritsch, man kann wohl sagen, diametral entgegengesetzte. Während diese theils durch electrische Reizung eng begrenzter Rindenab-

schnitte, theils durch wenig umfangreiche, oberflächliche Auslöffelung von Rindensubstanz, die Abhängigkeit der einzelnen, darnach auftretenden Erscheinungen von bestimmten, circumscripten Partien der Grosshirnrinde zu erweisen suchen, kommt es Goltz, der mit einem von einem Clysopompe oder dem Druck in der gewöhnlichen Wasserleitung getriebenen, kräftigen Wasserstrahl grössere oder kleinere Partien von Hirn herausspült, nur darauf an, in möglichst unblutiger Weise ein erhebliches Quantum von Hirnmasse zu entfernen und die danach auftretenden Störungen, sowohl die vorübergehenden, als die bleibenden (»Ausfallserscheinungen«) zu constatiren. Goltz konnte nun einen wesentlichen Unterschied in den Erscheinungen nicht beobachten, mochte er vorn oder hinten operirt, mochte er viel oder wenig Hirnmasse fortgespült haben. Es dürfte dies, wie auch Munk und Hitzig übereinstimmend angeben, daher rühren, dass ausser den direct fortgespülten Hirntheilen auch die angrenzenden Hirnpartien functionsunfähig gemacht worden sind. Wurde also die hintere, nach Fritsch und Hitzig wenigstens unerregbare Zone des Grosshirns ausgespült, so musste dabei auch die vordere motorische Zone leiden und zwar theils durch das Wasser direct, welches als solches auf alle thierischen Gewebe deletär wirkt; theils infolge geänderter Spannungs- und Druckverhältnisse innerhalb des Hirns, wie sie durch Entfernung so grosser Mengen von Hirnsubstanz bei Goltz gesetzt werden. Sodann giebt Goltz selbst an, dass seine Hunde zuweilen infolge von Druck auf die Med. obl. plötzlichen Stillstand der Athmung und des Herzschlages zeigten, eine Erscheinung, die für eine sehr in- und extensive, indirecte Verbreitung seines Eingriffs spricht. Es können somit die Versuche von Goltz gegen die Localisation nichts beweisen, weil die Art seiner Operationsmethode eine umgrenzte, localisirte Entfernung von Hirnsubstanz überhaupt nicht ermöglicht. — Ein nach Goltz »an beiden Hirnhälften verstümmelter Hund« bietet folgende dauernde Erscheinungen dar: 1) Abstumpfung der gesammten Hautsensibilität (Druck-, Tast-, Temperatursinn), 2) ausgeprägte Störung des Sehvermögens, 3) Unbeholfenheit in den Bewegungen (Hahnentritt), 4) verringertes »Ortfindungsvermögen«; ein solcher Hund findet sich sowohl in der Aussenwelt, als an seinem eigenen Körper schwer zurecht. Er ist ungelehrig und macht den Eindruck des Blödsinns. Dagegen ist nirgends ein Muskel des Körpers gelähmt, auch seine Muskelkraft ist vollständig intact: er kann stehen, gehen, laufen, springen, wie ein gesunder Hund, nur dass er bei allen Bewegungen eine gewisse Unbeholfenheit zeigt.

Eine neue Stütze und erhebliche Erweiterung erhält die Hitzig'sche Lehre von der Localisation in der Hirnrinde durch die Befunde von H. Munk. Seine Versuchsmethode war folgende: Mittelgrossen Hunden wurden an der Convexität des Scheitel-, Hinterhaupts- und Schläfenlappens nach vorgängiger Trepanation etwa kreisrunde Stücke von ca. 15 Mm. Durchmesser und 2 Mm. Dicke exstirpirt und zwar theils an einer Hemisphäre und später symme-

trisch an der anderen, theils symmetrisch an beiden Hemisphären gleichzeitig. Denkt man sich eine Linie von dem Endpunkte der fissura Sylvii vertical gegen die Falx gezogen, so giebt diese Linie ungefähr die Grenze ab von zwei scharf getrennten Sphären des Grosshirnrindenabschnittes, einer vorderen motorischen und einer hinteren sensoriellen Sphäre. Exstirpationen vor dieser Linie haben immer Bewegungsstörungen zur Folge, Exstirpationen hinter dieser Linie aber niemals Bewegungsstörungen. Dafür wird im Bereiche der hinteren, sensoriellen Sphäre regelmässig »Seelenblindheit« erzeugt, wenn die Exstirpation den Hinterhauptslappen nahe seiner hinteren Spitze angreift; »Seelentaubheit«, wenn die Exstirpation den Schläfenlappen nahe seiner unteren Spitze trifft. Unter Seelenblindheit ist zu verstehen der Verlust der Erinnerungsbilder der Gesichtsempfindungen, unter Seelentaubheit der Verlust der Erinnerungsbilder der Gehörsempfindungen. Ferner hat Munk gefunden, dass die Bewegungsstörungen sowie die Seelenblindheit ganz langsam und allmälig, innerhalb 4—6 Wochen, sich vollständig verloren. Auf das Deutlichste liess sich verfolgen, wie die seelenblinden Thiere von Neuem sehen lernten, »gerade so wie in der frühesten Jugend«. Neuerdings ist es gelungen, auch die allmälige Restitution der Seelentaubheit zu constatiren.

Weiterhin fragte es sich, ist der völlige Ausfall der Gesichts- resp. Gehörsempfindungen von Einfluss auf die Ausbildung der Grosshirnrinde? Zu dem Zweck einer Entscheidung nach dieser Richtung wurde einer Zahl von jungen Hunden desselben Wurfs zwischen dem 4. und 6. Tage nach der Geburt das Auge, einem zweiten Dritttheil das Ohr, bald ein- bald beiderseitig zerstört, während das letzte Drittel der Hunde unversehrt blieb. Nach Ablauf von 8—14 Wochen wurden die gleichentwickelten unversehrten und verstümmelten Hunde getödtet. Die Section des Gehirns ergab den bemerkenswerthen Befund, dass wirklich bei den geblendeten Thieren der früher als Sehsphäre erkannte Hinterhauptslappen, bei den tauben Hunden der früher als Hörsphäre erkannte Schläfenlappen des Grosshirns in der Ausbildung gegen die Norm zurückstand. Dafür war, offenbar compensatorisch, bei den blinden Hunden der Schläfenlappen, bei den tauben der Hinterhauptslappen über die Norm ausgebildet, so dass das Volumen der Hemisphäre nicht beträchtlich verkleinert war. Exstirpationen der Grosshirnrinde an der inneren, der Falx zugewandten Seite der Hemisphären — Verletzung des Sinus longitudinalis zieht meist keine üblen Folgen nach sich — führten zu denselben Ergebnissen, wie die analogen Operationen an der Convexität vor und unterhalb der Sehsphäre. Der Ort der Gesichtswahrnehmung ist die Rinde des Hinterhauptslappens in weiter Ausdehnung; aber nur in einem Theil dieses Rindenbezirks sind die Erinnerungsbilder der Gesichtsempfindungen deponirt. **J. Munk** (Berlin).

Bochefontaine. Sur quelques particularités des mouvements reflexes déterminés par l'excitation mécanique de la dure mère cranienne.

(Comptes rendus T. 83. No. 6.)

Wenn man bei einem Hunde die Dura etwa in der Gegend des Mittelpunkts (?) der Hemisphäre mechanisch leicht reizt, so schliessen sich die Augenlider derselben Seite. Bisweilen werden auch noch Oberlippe, Ohr- und Nasenflügel derselben Seite angezogen. Ist der Reiz stärker, dann antworten auch die Extremitätenmuskeln derselben Seite und bei noch weiterer Steigerung des Reizes gerathen auch die Muskeln der gegenüberliegenden Körperhälfte in Bewegung, doch in stets schwächerem Grade, als auf der Seite der Reizung. Meist ist die Reizung, an der vorderen Partie der Dura angebracht, von dem nämlichen oder wenigstens einem ähnlichen Erfolge begleitet. Reizt man dagegen nach hinten oder auswärts von der oben bezeichneten Stelle, so antworten nur die Rumpfmuskeln, während die Lid- und die Gesichtsmuskeln in Ruhe bleiben. Dieses In-Thätigkeit-gerathen der gleichseitigen Rumpf- und Extremitätenmuskulatur steht im Widerspruch mit der Kreuzung der Fasern an der Hirnrückenmarksgrenze. Der erwähnte Reizeffect blieb auch nach Entfernung eines Theils der grauen und weissen Hirnrindensubstanz ungeändert. —

J. Munk (Berlin).

M. Kaposi. Ueber das sogenannte Molluscum contagiosum.

(Vierteljahrschrift für Dermat. und Syph. 1877. Hft. 3.)

K. schildert das im Titel bezeichnete Gebilde als stecknadelkopf- bis über erbsengrosse, halbkugelige, transparente, in der Mitte gedellte und sodann Varicella-ähnliche Knötchen und Warzen der Haut. Durch Druck mittelst der beiden Daumennägel kann das beschriebene Gebilde als Ganzes aus seinem Neste gehoben werden. Es erscheint dann aus runden Läppchen zusammengesetzt. Erst durch starkes Quetschen wird die Hülle der einzelnen Läppchen zersprengt und ihr Inhalt entleert. Dieser besteht (mikroskopisch) aus Epithelial-Elementen verschiedener Art, Fettkrystallen und eigenthümlichen, stark lichtbrechenden, ovoiden Körperchen, die als »Molluscum-Körperchen« bekannt sind.

Diese warzen- oder pockenähnlichen Bildungen, für welche K. den Namen Molluscum verrucosum vorschlägt, finden sich einzeln und bis über hundert an verschiedenen Körperstellen, Penis, Gesicht, Stamm etc., besonders häufig bei Kindern. Sie entwickeln sich gewöhnlich innerhalb kurzer Zeit, bestehen Wochen und Monate, fallen spontan oder durch Eiterung aus, oder persistiren, seltener Jahre lang.

Dieses Gebilde ist zu verschiedenen Zeiten als subcutanes oder endofolliculäres Condylom beschrieben, oft auch fälschlich mit Blennorrhoe in Beziehung gebracht worden. Weiter erscheint es unter

dem Namen Sebumwarzen, Acne varioliformis, Acne molluscoide, Epithelioma-Molluscum und in den letzten Jahren findet es sich fast allgemein als M. contagiosum beschrieben.

Dies führt K. zur Erörterung der ursprünglich von Bateman aufgestellten zwei Molluscum-Arten. Die erste, M. simplex, ist eine Bindegewebsgeschwulst, Fibroma-Molluscum (Virchow), und gehört nicht hierher. Die zweite nannte Bateman M. contagiosum. Er schildert sie als kleinere und grössere Geschwülste, die durch eine auf ihrer Spitze befindliche Oeffnung bei angewandtem Druck einen milchigen Inhalt entleeren lassen. Man erkennt in diesen Geschwülsten zweifellos atheromartige Bildungen. Contagiös nannte sie Bateman, weil er sie bei mehreren, in gegenseitigem Verkehr stehenden Personen gefunden hatte.

K. erörtert nun eingehend die späteren literarischen Bearbeitungen des M. contagiosum und schliesslich besonders diejenigen, welche die Eingangs beschriebenen pockenähnlichen Gebilde zum Gegenstande hatten.

Unter diesen sind einige, welche das M. verrucosum mit dem M. contagiosum Bateman's anatomisch gleichstellen, indem sie beide für erweiterte Talgdrüsen halten, ohne Rücksicht darauf, ob ihre Contagiosität annehmbar sei oder nicht. Dagegen sind mehrere neuere Autoren, darunter Retzius, Lukowsky u. A. der Ansicht, dass sie nichts mit den Drüsen zu thun hätten, sondern aus einer Wucherung des Rete Malphigii entständen. Diese Autoren hätten also in sofern gar nicht das Recht das Gebilde Molluscum zu nennen, da Bateman's Molluscum sicherlich eine entartete Drüse bedeutet.

K. erläutert nun die anatomischen Verhältnisse und demonstrirt, dass auch die Molluscum-Warzen thatsächlich aus erweiterten und mit einem abnormen Inhalte versehenen Drüsen bestehen.

Bezüglich des zweiten Punktes, der Contagiosität, führt K. aus, dass dieselbe zunächst nur auf die Erfahrung hin angenommen wurde, dass das Gebilde bei mehreren in gegenseitiger Berührung stehenden Personen gleichzeitig, oder bald hintereinander aufgetreten war (Bateman, Henderson, Paterson, Cotton, Ebert, Virchow u. A.). In seiner eigenen Familie ist ein ähnlicher Fall vorgekommen, den er detaillirt; experimentell ist aber die Uebertragung niemals gelungen.

Nur Retzius hat einen, wie er meint, positiven Erfolg.

K. analysirt nun dieses angeblich positive Resultat von Retzius und zeigt, dass dasselbe, was die Reproduction der Gebilde selbst anbelangt, gleich Null war. Es stützt Retzius seinen Erfolg auf den Befund von Molluscumkörperchen im Inhalte eines Comedo, der an Stelle der Einreibung mit Molluscum-Inhalt nach vielen Monaten entstanden war.

K. zeigt nun, dass alle Autoren von Henderson bis Retzius, welche die M.-körperchen als Träger der supponirten Contagien ansahen, darum im Unrechte sind, weil diese Körperchen überhaupt

für Molluscum nicht charakteristisch sind. K. hat sie in alten Comedonen, im Inhalte von grossen Atheromen gefunden; sie kommen auch nach Virchow allenthalben vor, wo Epithel lange Zeit liegen bleibt.

Verf. geht nun auf eine detaillirte Schilderung dieser interessanten und vielfach studirten Körperchen ein und erklärt sie nach dem Resultate seiner Untersuchungen conform mit einzelnen anderen Autoren als degenerirtes und aufgequollenes Protoplasma der Drüsen-Epithelien.

K. gelangt zuletzt zu dem Schlusse, dass

1. die Molluscum sebaceum, subcutanes Condylom etc. genannten pockenähnlichen Gebilde anatomisch gleichwerthig sind mit dem M. contagiosum Bateman's, mit dem sie auch untermengt vorkommen und dass sie, wie letzteres, aus Talgdrüsen hervorgehen;

2. dass ihre Contagiosität durchaus nicht erwiesen ist und wohl auch thatsächlich nicht besteht.

Vf. schlägt demnach vor, beide Arten von Gebilden, analog mit Hebra, als Molluscum sebaceum zu bezeichnen, denn sie gehören beide den Talgdrüsen an — und zur näheren Unterscheidung das Bateman'sche als M. atheromatosum, das pocken- oder warzenähnliche dagegen als M. verrucosum zu benennen.

M. Kaposi (Wien).

E. Henderson. Notes on surgical practice among the natives in Shanghai.

(Edinb. med. Journ. 1877. Vol. II. p. 118.)

Verf. berichtet zunächst über die häufigen Ohrerkrankungen unter den Chinesen, die darin ihren Grund haben, dass die Barbiere mit verschieden geformten Ohrlöffeln aus Bambusrohr bei jeder Toilette gründlich die Ohren reinigen. In Folge dieser Auskratzung leiden die Chinesen vielfach an Entzündungen, welche sich auf die membr. tymp. fortpflanzen. So fand Johnston unter 356 Ohrkranken 260 Taube. Von den mitgetheilten Beobachtungen sind zu erwähnen: ein Fall von doppelseitiger Facialislähmung und Taubheit in Folge von Einstreuung von Arsenikpulver in die Ohren. — Ferner bespricht H. einen Fall von sehr grossem Lipom bei einem 33jährigen Manne; dasselbe soll seit 5 Jahren besonders gewachsen sein, hatte schliesslich eine Circumferenz im Max. von 3′ 9″, der Stiel etwa 11 Zoll im Umfang. Die Geschwulst reichte von der Mittellinie des Rückens bis 4″ von der rechten Spin. ant. sup. crist. ilei. Umschnürung des Stiels an der Basis und einfache Abschneidung des 32 Pfd. schweren Lipoms. Schnelle Heilung. — Den Schluss bildet ein Fall von Scrotalhernie, die stets leicht reducirbar gewesen; plötzlich erfolgte unter Erbrechen und Durchfall beim Drängen Ruptur des Hodensacks. Der Pat., in's Spital anscheinend sterbend gebracht, zeigte 19″ Darm ausserhalb des Scrotum vorgefallen. Die kleine Wunde umschloss fest den

Darm, der entzündet aber nicht brandig erschien. Nach Erweiterung der Wunde konnte der Darm leicht reponirt werden. Tod nach acht Stunden. **Pilz** (Stettin).

Ranke. (Aus der Volkmann'schen Klinik.) — Ein weiterer Beitrag zur Incision der Gelenke bei irreponiblen Luxationen behufs Beseitigung des Repositionshindernisses.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 36.)

Anknüpfend an den in No. 25 d. Berl. klin. Wochenschrift d. J. mitgetheilten Fall, in welchem nach Incision eine irreponible Luxation des Hüftgelenkes noch nicht reponibel wurde und das Hinderniss erst nach Resection des Gelenkes entdeckt werden konnte, führt Verf. hier einen vorzüglichen Erfolg der Incision bei irreponibler Fingerluxation an. Eine dorsale Luxation des Index im Metacarpophalangealgelenke erwies sich durchaus irreponibel, bis an der Volarseite ein Längsschnitt gemacht und durch ein Elevatorium die Phalanx über das Capitulum des Metacarpus entwickelt worden war, wobei die Gelenkkapsel, welche dicht am Halse des Metacarpus abgerissen war und sich bei Repositionsversuchen immer interponirte, nach vorn gezogen werden musste. Unter aseptischen Cautelen heilte die Wunde schnell. — Ein zweiter Fall betraf eine vier Wochen alte Dorsalluxation des Daumens. Nach der Eröffnung des Gelenkes zeigte sich die Kapsel mit dem Lig. intersesamoideum zwischen den Gelenkflächen als Repositionshinderniss; Spaltung dieses Ligamentes und Ablösung der Ossa Sesamoidea machten aber die Reposition noch nicht möglich, da die Extensoren schon eine nutritive Verkürzung erlitten hatten; es musste daher noch die Resection des Köpfchens des Metacarpus gemacht werden.

Ein dritter Fall bietet mehrfach interessante Punkte: Ein junges Mädchen hatte bei einem Falle ihre Schulter verletzt; man diagnosticirte eine Luxatio claviculae supraacromialis; da die Retention nicht zu bewerkstelligen war, incidirte man, um die Naht der Gelenkflächen auszuführen. Hierbei zeigte es sich, dass keine Luxation vorlag, sondern eine Fractur einen halben Ctm. nach innen von der Gelenkfläche. Die beiden Knochenenden wurden durch Cagut aneinander genäht, die Wunde geschlossen und Heilung erzielt, ohne Deformität oder Functionsbeschränkung. **v. Mosengeil** (Bonn).

R. Schneider. Ueber subperiostale Amputationen.

(Berl. klin. Wochenschrift 1877. No. 38.)

Verf. hat bei Amputationen in ähnlicher Weise, wie es von v. Langenbeck, Walther und Brünninghausen, Feokistow (dessen Verfahren dem Verf. entgangen), Billroth und dem Referenten geschah, das Periost an der Durchsägungsstelle in hinreichender Ausdehnung erhalten, um diese damit zu bedecken. Das Periost

soll kein Lappen sein, sondern die innere Schicht der deckenden Muskelmasse, um mit ernährender Umgebung in Zusammenhang zu bleiben. Ein unterer und oberer Halbcylinder werden durch seitliche Einschnitte durch das Periost bis auf den Knochen mit Abhebelung des Periostes nach v. Langenbeck's Verfahren, welches am meisten schont, gebildet. Die Periostlappen klappt Verf. übereinander oder vernäht sie zusammen, eventuell nach Einfügen eines Drainrohres. Statt eines Muskel- und Hautlappens bildet Verf. einen Hautlappen, welcher nur aus Haut und Unterhautzellgewebe besteht und nur an seiner Basis ein kurzes, etwa die Dicke des Knochens als Länge haltendes Muskelpolster enthält. Die Haut soll nicht gequetscht sein, auch nicht acut entzündet und der vordere Lappen womöglich der grössere. Der Knochenstumpf wird so durch einen Knochendeckel abgeschlossen, welcher rund und breit ist, nicht conisch endet, mithin auch die Weichtheile nicht so leicht durchbohrt. **v. Mosengeil** (Bonn).

Bertholle. Des lavements de vessie ou des injections intravésicales directes par le canal d'urèthre chez l'homme.

(Gaz. hebdom. 1877. No. 17, 19 u. 21.)

B. erinnert Eingangs daran, dass bereits Nélaton die calmirenden Injectionen in die Blase sehr gerühmt, jedoch bereits den Zusatz gemacht habe, dass sie leider häufig wegen der extremen Empfindlichkeit und Reizbarkeit der pars membranacea der Harnröhre und des Blasenhalses — meist Stellen intensiverer Entzündung — nicht anwendbar seien. Schon Reliquet habe daher, anstatt der metallenen doppelläufigen Katheter, Gummikatheter einzuführen empfohlen. Aber auch hierbei, meint B., sei es ja nöthig, das Instrument über die reizbaren Partien der Harnröhre hinweg bis in die Blase einzuführen, wodurch jene fatalen örtlichen und Allgemeinzustände hervorgerufen würden. Es handle sich daher darum, das Wasser direct durch die Harnröhre in die Blase zu leiten, ohne dabei einen Katheter in dieselbe einzuführen, sei derselbe auch noch so dünn.

B. erörtert nun eingehender die theoretische Möglichkeit der directen Injection, welche am Cadaver bereits als möglich erwiesen sei. Doch auch am Lebenden lasse sich die Möglichkeit derselben schon daraus erschliessen, dass der Blasenhalsverschluss ein rein passives Phänomen ist (Thompson), hervorgehend aus dem Tonus des M. sphincter vesicae. Eine Flüssigkeitssäule, welche daher von aussen her in den prostatischen Theil der Harnröhre vordringe, werde nur den Tonus des Sphincter zu überwinden haben, um dann, wenn der Druck entsprechend stark war, in den Blasenhals vorzudringen.

Einem wahrhaften Hinderniss könne daher die injicirte Flüssigkeitssäule nur in der Pars membr. begegnen, wenn der Urethralsphincter in beständiger willkürlicher oder spastischer Contraction wäre. Wenn jedoch hierbei erfahrungsgemäss schon ein kurzandauerndes, leichtes Andrücken der Katheterspitze genüge, um oft den Krampf

zu überwinden, so geschehe dies noch viel leichter und sicherer durch den Druck der Flüssigkeitssäule. Schon aus der Leichtigkeit, mit der in die Urethra gelangte Fremdkörper spontan in die Blase gelangen, hätte man erschliessen können, dass auch die Flüssigkeitssäule am Urethralsphincter kein ernstliches Hinderniss finden werde.

B. hat überdies die directe Injection durch die Urethra in die Blase während 18 Monaten an sich selbst erprobt, als er in Folge einer chronischen Entzündung der Pars membran. urethr., an schmerzhaften, spastischen Contractionen des Sphincter litt; der Erfolg war angeblich ein sehr guter.

Die Methode der directen Injection, wie sie B. empfiehlt, ist folgende: Patient sitzt auf einem Teppich am Boden, den Rücken gegen die Wand gelehnt, mit abducirten Schenkeln, Kniee nach aussen, Füsse nach einwärts; ein Gefäss wird unter das Glied gestellt, um das zufällig abträufelnde Wasser aufzunehmen. Ein Irrigator mit Schlauch befindet sich etwa auf einem Schemel in der Reichnähe des Patienten. Um letzterem die Manipulationen zu erleichtern, hat B. am Schlauche des Irrigators ein Verbindungsstück mit Sperrhahn angebracht, welches mit dem einen Ende an den Irrigatorschlauch, mit dem anderen an die Kanüle befestigt wird, welche in die Harnröhre eingeführt zu werden bestinmt ist. Diese Kanüle von Hartgummi ist 12—14 Ctm. lang und ca. 6 Mm. dick. Sie wird gut beölt in die Urethra eingeführt, und Patient kann nun mittelst der obgenannten Vorrichtungen leicht die directe Injection von Wasser bewerkstelligen, während er mit den Fingern der linken Hand die Harnröhre sammt der darin befindlichen Kanüle wohl umfasst, um das Zurückströmen der Flüssigkeit zu verhindern.

Gewöhnlich dringe dann, nach Oeffnung des Sperrhahnes, das Wasser in die Blase, ohne dass Patient hiervon etwas fühlt. Sowie sich ihm das Bedürfniss zu uriniren kundgebe, soll er sofort den Hahn sperren, da hiermit das Zeichen gegeben sei, dass die Blase voll sei. Pat. könne nun, meint B., gleich wieder die in die Blase injicirte Flüssigkeit entleeren, oder sie kurze Zeit in der Blase behalten. Das zu injicirende Wasser soll im Beginne der Behandlung lauwarm, jedenfalls nicht kühler als von Körpertemperatur genommen werden. Die beste Zeit zur Injection sei die Zeit vor dem Schlafengehen. Es genüge eine Injection, um den stagnirenden Harn zu verdünnen und ihm seine reizenden Eigenschaften zu benehmen.

Die Indication für die directe Injection von Wasser (oder medicamentösen Flüssigkeiten) in die Blase findet B. bei:

1) Krankheiten der Blase. Darunter vor Allem die chronische, essentielle oder consecutive Cystitis. Insbesondere erstere (die chronische essentielle C.) hält B. für das geeignetste Behandlungsobject, wobei auch complete Heilungen zu erzielen seien; bei der symptomatischen, chronischen Cystitis biete die Behandlungsweise nur palliativen Nutzen, so lange die Ursache der Entzündung (Stein etc.) nicht entfernt sei.

2) Contractur des Blasenhalses.

3) Krankheiten der Prostata. Die Wirkung der directen Injection sei hier nur eine indirecte, rücksichtlich des eventuell vorhandenen consecutiven Blasenkatarrhes.

4) Krankheiten der Harnröhre. Von diesen könne wohl nur eine durch die directe Injection günstig beeinflusst werden, nämlich die Urethritis der tiefer gelegenen Partien, besonders jene, die mit Contractur der Pars membran. und des Blasenhalses verbunden ist und mit consecutivem Katarrh der Blase.

Gegenanzeigen der directen Injection:

1) Wenn die Blase paralytisch oder schlaff ist.

2) Hypertrophie der Prostata oder sonstige Erkrankungen derselben, wodurch das Uriniren erschwert ist.

3) Eine organische Strictur der Urethra. **Fr. Steiner** (Wien).

Kleinere Mittheilungen.

J. Neumann. Ueber Argyria.

(Wiener med. Jahrbücher 1877. Hft. III.)

N. hatte Gelegenheit, die Haut eines Mannes zu untersuchen, der durch 26 Jahre Aetzungen der Rachenschleimhaut mit Arg. nitr. vorgenommen, und sich eine ausgebildete Argyrie zugezogen hatte. Die stärkste Anhäufung der Silberkörnchen zeigte sich dicht unter dem Rete Malpighi, welches selbst frei von der metallischen Einlagerung blieb. Die subcutanen Fettzellen waren von Silberpartikelchen umgeben; Schweiss- und Talgdrüsen liessen in ihrer bindegewebigen Wandung beträchtliche Silberablagerung erkennen, während die Epithelzellen verschont blieben. Der Haarbalg und die Haarpapillen enthielten reichliche Silbermengen, Wurzelscheiden und das Haar selbst waren silberfrei. Auch in der Media der Gefässe war beträchtliche Silberablagerung vorhanden, in geringerer Menge auch in der Adventitia. Schliesslich waren noch im Sarcolemma der glatten und der quer gestreiften Muskeln, sowie im Neurilem Silberkörner aufzufinden.

Hack (Freiburg i/Br.).

Coghill. The hypodermic treatment of bronchocele by ergotine.

(The Lancet 1877. Vol. II. p. 158.)

Eine 49jährige Frau hatte eine sehr belästigende Struma, welche den Raum zwischen Kinn und Schlüsselbeinen ausfüllte, sich hart anfühlte, bedeutend auf Trachea und Oesophagus drückte, so dass das Schlucken fester Gegenstände fast unmöglich war und leichte Anstrengungen dyspnoetische Anfälle hervorriefen. Die Explorationsnadel stellte die Abwesenheit von Cysten fest. Pat. war vielfach innerlich und äusserlich mit Jodpräparaten erfolglos behandelt worden und verweigerte die operative Entfernung. Die Kranke entstammte einem Districte Nord-Englands, in welchem Struma endemisch ist. Sie bemerkte temporäre Zunahme regelmässig zur Zeit der Menses und der Gravidität; die Menses selbst alle 6 Wochen eintretend, waren sehr reichlich. C. begann mit Ergotininjectionen zu ($^1/_3$ Gran) täglich, stieg später auf 1 Gran pro die; aber mit längeren Zwischenpausen. Der Erfolg war überraschend. Der Tumor verkleinerte sich in allen Dimensionen; der linke Lappen weniger schnell. Dabei schien die Ernährung des ganzen Körpers, aber nicht der Kräftezustand zu leiden. Eigenthümlicher Weise traten während der 6wöchentlichen Behandlung die Regeln gar nicht ein und später in schwächerem Maasse. Obwohl Pat. sehr erregbar war, so blieb die Wirkung des Ergotin anfangs ohne besonderen Nebeneffect, später aber folgte jeder Injection eine bedeutende Gefässerregung mit Klopfen und Schmerzen im Kopfe. Pat. wurde geheilt entlassen und blieb gesund. **Pilz** (Stettin).

A. Baker. Palato-pharyngeal tumor, removed by partial excision of the upper jaw.

(Brit. med. Journ. 1877. Vol. II. p. 135.)

Der 19jährige Pat. bemerkte vor 2½ Jahren eine kleine Anschwellung unter dem rechten Kieferwinkel, die jetzt hühnereigross am Halse hervorragte. Der rundliche etwas höckerige Tumor war fest und allseitig verschieblich. Im Munde sprang derselbe an der rechten Seite des Pharynx stark vor; derselbe konnte nicht deutlich vom weichen Gaumen abgetrennt werden; das Schlucken und Kauen waren erschwert. Im Birminghamer allgemeinen Krankenhause wurde Pat. operirt. Laryngotomie als Voract, Chloroformirung durch die Kanüle. Nach partieller Resection des rechten Oberkiefers, — Proc. orbitalis und zygomat. blieben stehen — liess sich ohne jede Blutung der im weichen Gaumen eingekapselte Tumor leicht auslösen. Derselbe reichte über und hinter der Tonsille in den Pharynx und zwischen den beiden Gaumenbögen bis ins trig. digastr. Schnelle Heilung. Die Geschwulst war grösstentheils ein reines Myxom; stellenweise fanden sich Sternzellen mit fibrillärer Intercellularsubstanz, welche neugebildetem Knorpel ähnelte.

Pilz (Stettin).

Blessig. Aneurysma traumaticum der Carot. int. Exophthalmus und Erblindung des linken Auges. Unterbindung der carot. comm. sin. Tod durch späte Nachblutung.

(St. Petersburger med. Wochenschr. 1877. No. 31. p. 269.)

In genanntem Fall, dessen Detail der Augenheilkunde zugehört, wurde bei dem 29jährigen Pat. die Diagnose gestellt: Fissur an der Basis cranii, mit Verletzung der Carot. int. oder des intracraniellen Theils der Art. ophth.; darauf Bildung eines Aneurysma traumat. Deshalb schritt man zur Unterbindung der Carot. comm. sin., indem man oberhalb des Omohyoideus 2 Catgutligaturen »dicht neben einander« und ohne Trennung des Rohres anlegte und die Wunde durch Catgutnähte schloss. Anfangs günstiger Verlauf; in der 4. und 5. Woche wiederholte Nachblutungen. Tod. An der Ligaturstelle fand sich eine schmale, ringförmige Nekrose mit linsenförmiger Perforationsöffnung. **Mögling** (Tübingen).

Callender. Malignant disease of the oesophagus; gastrotomy; death.

(The Lancet 1877. Vol. I. p. 531.)

Ein 39jähriger Mann, der seit 8 Monaten nur mühsam und seit 2 Monaten keine festen Speisen schlucken konnte, zeigte eine enge Strictur des Oesophagus. — Corrosiva waren nie verschluckt worden. Schon nach kurzer Zeit war kein Bougie mehr durchzuführen; Pat. klagte über heftige Schmerzen in der Magengrube, hatte quälenden Husten und verlor schnell an Körpergewicht. Gastrotomie, ohne besondere Vorkommnisse. Von der Wunde aus liess sich die erkrankte Partie nicht fühlen. Ernährung durch die Fistel; Pat. klagt stets über heftigen Durst; bei der Einführung der Nahrung durch die Fistel werden Kaubewegungen ausgelöst.

Pat. stirbt 91 Stunden nach der Operation. Es bestand im unteren Drittel des Oesophagus eine 2″ lange circuläre carcinomatöse Strictur; das Pericardium war mit dem Oesophagus fest verlöthet. **Pilz** (Stettin).

E. Küster. Ein Fall von Bronchialfistel nebst Bemerkungen zur Drainage der Brusthöhle.

(Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie V. Congress 1876.)

Der vorgestellte 30jährige Patient wurde 1866 durch einen Schuss derart verletzt, dass die Kugel nach Durchbohrung der Weichtheile des linken Oberarms im 4. Intercostalraum, 2″ nach aussen vor der Warze, in den Thorax drang, und im 9. Intercostalraum derselben Seite, 2″ vor den Dornfortsätzen heraustrat. Die Eingangsöffnung vernarbte bald; ebenso die Verletzung des Arms; die Ausgangsöffnung schloss sich erst im Juli 1870. Im September 1871 brach diese jedoch wieder auf, wobei reichlich stinkender Eiter entleert wurde. Im März 1874 wurde Pat. im Augustahospital aufgenommen. Es fand sich Dämpfung und aufgehobenes Athemgeräusch hinten auf der linken Thoraxseite bis zur Scapula, und es bestand

hochgradiger eitriger Bronchialkatarrh. Die reichlich Eiter entleerende Fistel an der hinteren Seite communicirte mit einem nicht zu kleinen Bronchus; injicirte Carbolsäure erregte sofort heftigen Hustenreiz und wurde geschmeckt, hypermangansaures Kali färbte schnell die Sputa. Der Kranke kam bei exspectativer Behandlung mehr und mehr herunter, auch stellte sich leichte Albuminurie ein.

Um den vermutheten Lungenabscess aufzufinden und genügenden Eiterabfluss herzustellen resecirte K. im April 1874 ein Stück der 9. Rippe nach aussen von der Fistel; es fanden sich hier jedoch nur dicke, narbige Schwarten. Eine in die Fistel eingeführte Sonde drang mit Leichtigkeit einige Zoll nach oben und aussen vor. Dort wurde nun ein Stück der 7. Rippe resecirt, und hinter fingerdicken Schwarten der Abscess, 2 Esslöffel voll Eiter enthaltend, gefunden. Von hier aus wurde ein Drain nach der alten Fistelöffnung hin geführt, und beide Enden desselben aussen durch einen Seidenfaden verbunden. Nach wesentlicher allgemeiner und localer Besserung in Folge des Eingriffs trat wieder Verschlimmerung des Zustandes ein. Versuche, das Drain fortzulassen, misslangen.

Etwa 9 Monate nach der Operation verlor Pat. zufällig das Drainagerohr; jetzt trat allmälig Heilung ein. Pat. ist jetzt ganz kräftig; ist Vater eines Kindes geworden; die Albuminurie ist geschwunden. Die Dämpfung hinten links besteht noch; alle Wunden sind geheilt.

K. knüpft an diesen Bericht die Empfehlung querer Drainage der Brusthöhle bei allen Empyemen. Man incidirt am besten hinten und vorn am Thorax (die Stelle für den 2. Schnitt bestimmt man durch Sondiren, um den tiefsten Punkt der Höhle zu finden) und zieht ein Drainagerohr quer durch. Wird letzteres durch Zusammenlegen der Rippen comprimirt, so resecirt man Rippenstücke. Die Operation und die Nachbehandlung kann streng antiseptisch durchgeführt werden; eine über den Verband gelegte elastische Binde immobilisirt diesen vollständig.

von Langenbeck hat die quere Drainage des Thorax bisher nicht gewagt, hält sie auch nicht für nöthig. Er eröffnete Empyeme stets auf einer Seite und legte eine starke silberne Kanüle ein, durch welche die Höhle täglich 1 bis 2 Mal, am besten mit ganz verdünnter (leicht gelblicher) Lugol'scher Lösung ausgespült wurde. Es erschien diese Behandlung völlig ausreichend. Ein durchgeführtes Drainagerohr könnte leicht die Zersetzung der Secrete beschleunigen.

K. erwiedert hierauf, die Secretzersetzung liesse sich durch häufiges Wechseln des Rohrs vermeiden. Gewöhnlich wird mit der Zeit wegen Compression des Rohrs die Resection eines Rippenstücks nöthig, und es erleichtert diese in allen Fällen die Verkleinerung der Höhle. Eine incompressible Röhre könnte durch Druck gegen die Rippen Schmerz verursachen.

König hält die quere Drainage für indicirt bei alten Abscessen, für bedenklich aber bei frischen Empyemen.

K. bemerkt hierauf, dass er einen Fall von frischem Empyem durch quere Drainage in kürzester Zeit mit völliger Wiederherstellung der Lungenfunction geheilt habe.

von Langenbeck sah von dem Druck der Rippen an eine silberne Kanüle nie irgend welche unangenehmen Folgen. Wurde keine Kanüle eingelegt, so verengerte sich auch nach Rippenresection allmälig die Oeffnung im Thorax derart, dass der Abfluss behindert wurde. v. L. hat in einem Falle (nach Hippocrates) die Trepanation einer Rippe mit gutem Erfolg ausgeführt und meint, dass die Operation wohl eine Zukunft haben werde.

Hirschberg sah nach Einspritzen von Flüssigkeit in den Thorax heftige suffocatorische Erscheinungen auftreten.

K. hebt hervor, dass die Trepanation einer Rippe nicht in gleicher Weise die Verkleinerung der Abscesshöhle erleichtere, als die Resection eines Rippenstücks, nach welcher die beiden Rippenstümpfe direct in den Thorax hineingezogen werden können, so dass schliesslich die darüber und die darunter liegende Rippe zusammenrücken.

Martin sah bei frischen Empyemen die günstigsten Erfolge nach Punction unter Luftabschluss und Auspumpen des Thorax. Resecirt man 2 Rippenstücke übereinander, so verlege man die Resectionsstelle der unteren Rippe näher nach

der Wirbelsäule, weil sonst beim allmäligen Zusammensinken des Thorax das periphere Stück der oberen Rippe sich in die Lücke der unteren legen könnte. M. sah ein Präparat, an welchem ein weicher Katheter eine derartige Usur der unteren Rippe veranlasst hatte, dass nicht viel zur Bildung eines ganz im Knochen liegen den Canals fehlte.

Heinecke hat in mehreren Fällen ohne Nachtheil die quere Drainage der Brusthöhle ausgeführt. **A. Genzmer** (Halle a/S.).

Mac Gregor. Extraordinary case of urinary calculi.

(American Journ. of the med. sciences 1877. Januar.)

Im Mai 1876 behandelte Verf. eine 63jährige Dame, welche seit längerer Zeit an Schmerzen und Schwierigkeiten beim Harnlassen litt. Zeitweise Fieber und Erbrechen; Nierenkoliken waren nicht beobachtet; in den letzten 4 Jahren waren indessen an 300 Steine allmälig mit dem Harn entleert worden, welche die Grösse eines Schrotkornes bis einer Bohne hatten. Die Untersuchung ergab, dass die ganze Blasenhöhle mit ähnlichen Steinen angefüllt war. Sie drückten so sehr auf die vordere Scheidenwand, dass die Lage der Harnröhre ganz verändert war und man nur bei starker Senkung des Katheterschnabels in die Blase eindringen konnte.

Zur Entfernung der Steine wurde 4 Tage hindurch die Urethra mit dicken Bougies erweitert (die rapide Erweiterung nach Christ. Heath und Simon scheint Verf. nicht gekannt zu haben, Ref.), dann eine Uteruspolypenzange eingeführt und versucht, die Steine unter Leitung des in die Vagina gelegten Fingers zu fassen, aber erfolglos. Patientin durch diesen Misserfolg entmuthigt, liess erst im September eine zweite Operation zu.

Nun legte man elastische Gummi- dann biegsame Metallbougies ein, erweiterte mit einem zweiblätterigen Mastdarmspeculum und gelangte nun endlich dazu, einen Stahllöffel einzuführen. Auch jetzt war kein Stein zu fassen. Uebrigens konnte durch den zufühlenden Finger constatirt werden, dass man es wahrscheinlich mit einem abgesackten Steine zu thun habe. Die Communication des Sackes mit der Blase war mit dem Finger nicht zu erreichen. Verf. durchschnitt nun vorsichtig die Wand des Sackes entleerte einige kleine Steine musste aber einen sehr grossen an Ort und Stelle zurücklassen. Weitere Versuche unterblieben. Tod nach 48 Stunden unter den Symptomen einer Peritonitis.

Die Section gab über Vieles unerwarteten Aufschluss. Leib stark aufgetrieben. Bei der Eröffnung der Befund einer frischen Peritonitis. An Stelle der Harnblase liegt ein grosser fast zum Nabel reichender Tumor, der einem schwangeren Uterus glich. Durch seine schlaffen Wandungen hindurch fühlte man einen harten Körper, offenbar den oben erwähnten Stein. Eine genaue Untersuchung ergab, dass dieser Tumor nichts anderes war, als die linke Niere, deren stark erweitertes und verdicktes Becken einen kolossalen Stein umfasste. Die Niere war wenig verändert. Bei der Eröffnung des Sackes floss Urin ab. Am oberen Ende des erweiterten Nierenbeckens eine scharfrandige Oeffnung, welche einer ebensolchen in der hinteren Blasenwand entsprach: der Einschnitt zur Entfernung des Steines. Der vollständig aufgeschnittene Sack enthielt ca. 520 Steine von Senfkorn- bis Mandelgrösse. Ein sehr grosser wog frisch 51 Unzen. Länge $6^3/_8$ Zoll, grösster Umfang $16^5/_8$, kleinster $12^1/_2$ Zoll. Bestandtheile: Urate mit Ueberzug von Phosphaten.

H. Lossen (Heidelberg).

D. Haussmann. Ueber die Behandlung gewisser Atresieen der weiblichen Geschlechtsorgane.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. II. Hft. 1. p. 211.)

Im Anschluss an einen untersuchten Fall von Haematometra und Haematosalpinx dextr., in dem eine Verwachsung der rechten Tube durch umfangreiche Bindegewebsstränge mit der vorderen Bauchwand diagnosticirt werden konnte, bespricht Verf. zunächst die bisher für derartige Fälle empfohlenen Operationsweisen und die oft verhängnissvollen Folgen, besonders die Berstung der Tube. Deshalb empfiehlt er für Fälle, wo die Tube mit der vordern Bauchwand verwachsen ist, vor der eigentlichen Operation der Haematometra den erweiterten Eileiter von den

Bauchdecken aus unter Carbolnebel zu entleeren und antiseptisch zu behandeln; die verschlossene Scheide oder Gebärmutter aber spätestens vor dem Eintritt der nächsten blutlosen Regel, wenn irgend möglich von der Scheide aus, ihres Inhalts zu entledigen.

Benicke (Berlin).

Charon. Tumeur blanche de l'articulation sacro-iliaque.

(La presse med. Belge 1877. No. 11.)

Die Krankheit entwickelte sich bei dem 7jährigen marastischen Knaben, nach einem Sturze von einer Leiter vor 2 Jahren. Damals wurden das rechte Bein und das Becken für längere Zeit durch Verbände fixirt. Mehrere Abscesse brachen unterhalb des Trochanter maj. auf und liessen mehrfache Fisteln zurück. Pat. kam im höchsten Grade des Marasmus und mit starker Albuminurie in's Spital, wo er nach 3 Wochen starb. Die Section ergab eine vollständige fungös-cariöse Zerstörung der Symphys. sacro-iliaca dextra, starke fettige Degeneration der Gluteen und des Psoas, jedoch keine deutliche amyloide Degeneration innerer Organe.

E. Fischer (Strassburg i/E.).

A. Rohden. Neuritis durch Nervenverletzung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1877. No. 34.)

Pat. (Alter?) wurde in der Nacht vom 7. — 8. Sept. 1876 durch Messerstiche verwundet. Ausser neun Verletzungen am Kopfe fanden sich am rechten Arm drei Wunden, deren eine an der Ulnarseite, 2 Zoll unterhalb des Olecranon gelegen, den Nerv. ulnaris verletzt hatte, denn von dem Moment der Verletzung an war Gefühllosigkeit des ganzen 5. Fingers und der Ulnarseite des 4. Fingers eingetreten. Wundheilungsverlauf sämmtlicher Wunden regelmässig (mit Ausnahme eines kurzen Erysipelas faciei). Nach 3 Wochen alle Wunden geheilt. Nach der Heilung waren der M. flexor carpi ulnaris und flexor digitor. commun. steif, die interossei vollständig unthätig. Gefühllosigkeit war vorhanden an der Ulnarseite des Arms etwa 2 Zoll oberhalb des Handgelenks beginnend bis zu den letzten beiden Fingern herab, sowohl die Volar- als auch die Dorsalseite des kleinen Fingerballens einschliessend; der 5. Finger war total gefühllos, der 4. nur an seiner Ulnarseite. An diesen Stellen wird weder Wärme, noch Kälte, noch Schmerz empfunden. Die beiden letzten Finger, namentlich der kleine, sind oft geschwollen, die Intercarpalräume oedematös. Die gefühllosen Stellen fühlen sich objectiv kühler an und es sind stechende Schmerzen im Verlauf des Ulnaris vorhanden, welche zeitweise auftreten und sich von der Wunde abwärts bis in die beiden letzten Finger, seltner aufwärts zum Oberarm erstrecken. In der folgenden Zeit nahmen besonders die Schmerzen im Verlauf des Stammes des Nerv. ulnaris und der von ihm versorgten Theile zu, besonders bei Druck und bei Anwendung des faradischen Stromes. Von den Muskeln ist an denen des Kleinfingerballens absolut keine Muskelreizbarkeit zu constatiren. Die Interossei sind nur auf starke faradische Ströme, leichter auf constante Wechselströme zur Contraction zu bringen. Blutegel auf die schmerzhaften Stellen im Verlauf des Nerven bringen nur vorübergehende Besserung. Sehr deutlich ist die Abkühlung der gelähmten Theile (Differenzen bis zu 9,8° C.). Der Zustand bleibt ziemlich constant. Noch in der 33. Woche war diese Temperaturdifferenz der gelähmten Theile gegen die gesunden rechts sehr deutlich (4,4° C.). In der 33. Woche war der Kleinfingerballen total atrophisch, die Intercarpalräume waren noch ein wenig eingesunken, hin und wieder traten ziehende Schmerzen im Arm und in der Schulter auf, welche nach der Anwendung von Jodkali und nach warmen kohlensäurereichen Soolbädern sich etwas gemildert haben. Anwendung des constanten und faradischen Stromes erwies sich ohne Erfolg.

H. Tillmanns (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Dr. H. Tillmanns*, Leipzig, Querstrasse No. 21—23, oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Hierzu **Titel** und **Register** für Jahrgang 1877.

5024 002

